



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO - UNICAP
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE TEOLOGIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**O MANEJO CLÍNICO DA TRANSFERÊNCIA EM GRUPOS DE
CRIANÇAS COM DIFICULDADES GRAVES NO DESENVOLVIMENTO
EMOCIONAL**

VINÍCIUS GOMES GALVÃO

Recife

2008

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LABORATÓRIO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E
PSICANÁLISE

**O MANEJO CLÍNICO DA TRANSFERÊNCIA EM GRUPOS DE
CRIANÇAS COM DIFICULDADES GRAVES NO DESENVOLVIMENTO
EMOCIONAL**

VINÍCIUS GOMES GALVÃO

Recife

2008

VINÍCIUS GOMES GALVÃO

**O MANEJO CLÍNICO DA TRANSFERÊNCIA EM GRUPOS DE
CRIANÇAS COM DIFICULDADES GRAVES NO DESENVOLVIMENTO
EMOCIONAL**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora
da Universidade Católica de Pernambuco, como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: *Prof. Dr. Zeferino de Jesus Barbosa Rocha.*

RECIFE/2008

O manejo clínico da transferência em grupos de crianças com dificuldades graves no desenvolvimento emocional. © 2024 by Vinícius Gomes Galvão is licensed under CC BY-NC-ND 4.0

G182m Galvão, Vinícius Gomes.

O manejo clínico da transferência em grupos de crianças com dificuldades graves no desenvolvimento emocional / Vinícius Gomes Galvão, 2008.

80 f.

Orientador: Zeferino de Jesus Barbosa Rocha.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica. Mestrado em Psicologia Clínica, 2008.

1. Psicanálise infantil. 2. Maturidade emocional.

3. Psicologia clínica. 4. Emoções. I. Título.

CDU 159.964.2

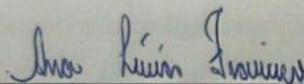
Luciana Vidal - CRB-4/1338

FOLHA DE APROVAÇÃO**Aluno (a):** Vinícius Gomes Galvão**Título da Dissertação:** "O MANEJO CLÍNICO DA TRANSFERÊNCIA EM GRUPOS DE CRIANÇAS COM DIFICULDADES GRAVES NO DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL"

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica. A presente dissertação foi defendida e aprovada em 11 de abril de 2008 pela banca examinadora e constituída pelos professores:

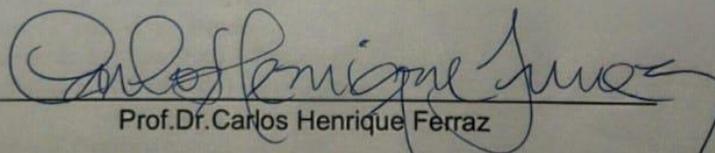
p/ Paula Barros (coordenadora do PPGPSI)
Prof.Dr. Zeferino de Jesus Barbosa Rocha

Orientador



Prof.Dra. Ana Lúcia Francisco

Examinadora Interna



Prof.Dr. Carlos Henrique Ferraz

Examinador Externo

Dedico este trabalho ao meu avô Luiz, de quem sinto uma saudade que nunca acaba. E a minha avó Miriam, porque nem numa dedicatória ela poderia ficar separada dele.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que esteve comigo até mesmo nos momentos em que me afastei Dele.

Ao meu pai, “amigo velho”, que sempre me apoiou em tudo. Com ele aprendi muito sobre a vida e a música, “a música que move a vida”. E a minha querida e amada mãe, um continente para as minhas angústias e um ponto de partida para as novas conquistas.

A minha irmã Manú. Só mesmo o tempo e a maturidade nos fez descobrir o amor que sempre tivemos um pelo outro; e ela pôde acolher o *gesto espontâneo* da minha *reparação*.

A toda equipe do CPPL (incluindo os funcionários), e em especial ao mestre, colega e amigo Antônio Ricardo.

A minha turma do mestrado. Aos que pensavam diferente de mim porque me fizeram crescer, e aos que pensavam como eu porque me ajudaram a atenuar a solidão. E a todos os professores, em especial aqueles (as) que marcaram esta etapa crucial da minha vida:

Ana Lúcia, uma eterna estimuladora da minha coragem; um exemplo de que é possível sermos seres de abertura para o mundo e, também, para as teorias;

Luciana, amiga e parceira polivalente de trabalho, capaz de supervisionar minha clínica psicanalítica e hospitalar, passando pelo acompanhamento terapêutico;

E por fim, mas não menos importante, o querido Zeferino que, como bom caminhador, soube sempre respeitar o ritmo da minha escrita. Ele sabe bem mais do que eu que “esperança não é esperar, é caminhar”.

Aos professores da Esuda. Em especial a Najla Assy, que sempre me estimulou muito, e Genildo Cordeiro, com quem aprendi muito sobre Freud e até entendi algumas coisas sobre Lacan.

Ao professor Carlos Ferraz, por ter aceitado o convite para a banca e ter feito uma leitura criteriosa e cuidadosa da versão inicial deste trabalho.

A todos que, me cuidando, me ensinaram também a cuidar: Mayara Levi, Dr. Jorge Arruda, Ana Cabral, Cláudio Duque (*in memoriam*), e em especial Suzana Boxwell, de quem venho me despedindo aos poucos.

Aos amigos todos, em especial Betinho e Chéa, Romero e Yla.

A minha família extensiva (Leitão), fica aqui o meu pedido formal de desculpas pela ausência em tantos momentos.

E a todos que, por questão de tempo, não pude colocar aqui.

RESUMO

A presente pesquisa é um estudo em teoria da clínica, inspirado na prática da psicanálise com crianças realizada pelo autor, entre os anos de 2004 e 2006, no Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL), e através de um diálogo entre esta prática e a teoria psicanalítica, visa refletir sobre o manejo da transferência em grupos de crianças com dificuldades graves no desenvolvimento emocional. Por meio da apresentação do trabalho realizado pelo CPPL, bem como de um aprofundamento nas idéias de Winnicott sobre a o desenvolvimento emocional e a transferência, busca analisar a importância do uso da contratransferência e da transferência subjetal no trabalho com as referidas crianças.

Palavras-chave: psicanálise com crianças, manejo da transferência, desenvolvimento emocional, teoria da clínica.

ABSTRACT

The present research is a study in theory of the clinic, inspired by the practical one of the psychoanalysis with children carried through by the author, enters the years of 2004 and 2006, in the Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL), and through a dialogue between this practical and the psychoanalytical theory, aim at to reflect on the handling of the transference in groups of children with serious difficulties in the emotional development. By means of the presentation of the work carried through for the CPPL, as well as of a deepening in the ideas of Winnicott on the o emotional development and the transference, it searches to analyze the importance of the use of the contratransference and the subjetal transference in the work with the related children.

Key-words: psychoanalysis with children, handling of the transference, emotional development, theory of the clinic.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
I – O TRABALHO CLÍNICO DO CPPL: AMBIENTE-CONTINENTE E A CRIAÇÃO DE UM DISPOSITIVO TERAPÊUTICO PARA CUIDAR DE CRIANÇAS.....	15
1.1 – O espaço institucional e a experiência no “grupinho”.....	18
1.1.1 – O espaço institucional do trabalho clínico do CPPL.....	18
1.1.2 – A vivência nos grupos e a experiência no “nosso grupinho”.....	20
1.2 – O ambiente-continente.....	25
1.3 – O dispositivo da Terapia Intensiva.....	30
II -... E FEZ-SE A TRANSFERÊNCIA: FREUD E MASUD KHAN.....	33
2.1 – Freud e a transferência.....	33
2.1.1 - Um pouco de história.....	33
2.1.2 – A transferência em alguns textos de Freud.....	36
2.2 - Um alargamento possível da transferência: contribuições de Masud Khan.....	41
III – WINNICOTT E A CLÍNICA CEPEPELIANA: ESPONTANEIDADE, CRIATIVIDADE E HOLDING.....	47
3.1 – Winnicott por outros autores: discussão inicial de alguns conceitos.....	47
3.2 – Winnicott por ele mesmo: teoria e manejo da transferência.....	56
3.3 – Terapia Intensiva e transferência subjetal: um retorno a Clínica Cepepeliana.....	67
V – ÚLTIMAS PALAVRAS: OU, CONSIDERANDO A NECESSIDADE DE FINALIZAR.....	73
REFERÊNCIAS.....	76

INTRODUÇÃO

Refletindo sobre a condição humana na atualidade e pensando os diferentes discursos acerca da realidade do homem pós-moderno, estamos inclinados a concordar com os que alegam que a humanidade vive um tempo sombrio, que traz em seu bojo uma parte significativa do que constitui o sofrimento humano. A este modo de pensar opõem-se os encantados pelos avanços da medicina, das tecnologias da informação, e de tantos outros dispositivos que, se por um lado fertilizam a vida humana e a liberdade, por outro não deixam de ser modos contemporâneos de controle e poder. Podemos dizer que este segundo grupo é responsável pela criação e retroalimentação das categorizações, sejam elas psicopatológicas ou não.

Ao refletirmos sobre o material advindo da prática clínica, seja ela institucional ou de consultório, não temos como evitar pensar que a solidão humana chegou a tal ponto que há uma busca, quase desesperada por pertencer a algo, para se sentir alguém. As pessoas têm buscado refúgio e pertencimento até mesmo nas classificações psiquiátricas. A partir do momento em que essas pessoas se identificam com certas descrições psicopatológicas, têm a ilusão de que resolveram o seu mal-estar. Tudo isso, é claro, com a ajuda dos grandes laboratórios farmacêuticos. O *pathos*¹ é destituído do seu sentido e fundamento, ao mesmo tempo em que se reforça a supremacia do *logos*. Isso faz sentido, porque apoiado numa sociedade claramente guiada pelo cientificismo. O que vale é a ciência positiva, é o que foi “comprovado cientificamente”. É muito mais confortável sofrer de *dificuldades nas serotoninas*, do que de *dor na alma*.

Mas será que nós que pensamos as intervenções clínicas e sociais, estamos alimentando uma reflexão suficientemente arejada ao ponto de transcender, ou pelo menos problematizar os dispositivos criados pela psiquiatria, a neurologia, a psicologia e a psicanálise? Até onde a questão do diagnóstico é um recurso importante e útil, e a partir de onde ele é apenas mais um dispositivo para o exercício de poder do (cada vez

¹ O *pathos* ao qual nos referimos é o pensado pela Psicopatologia Fundamental.

mais distante) especialista? Essa “certeza” cartesiana do diagnóstico terminaria por engessar nossa prática clínica e limitar nossa capacidade de enxergar o potencial do humano que procura ajuda? E, como ficam estas questões, se estivermos pensando sobre crianças? Foram essas inquietações que, aliadas ao potencial que vimos nas crianças dos grupos nos quais trabalhamos no CPPL, motivaram a nossa pesquisa.

Este estudo buscou dar continuidade à pesquisa iniciada durante a graduação em psicologia, na qual investigamos a transferência em Freud e Winnicott. No presente trabalho nosso principal objetivo foi refletir sobre a importância do manejo da transferência em grupos de crianças com dificuldades graves no desenvolvimento emocional, e para tal, utilizamos o método clínico psicanalítico, posto que nele as questões teóricas estão em constante diálogo com a prática clínica.

A teoria freudiana passou por várias reformulações. Freud equilibrava a sua construção teórica entre a obstinação e a humildade, ou seja, defendia suas idéias com um rigor de inspiração científica, mas não deixava de reconhecer os limites de sua teoria. A partir desse reconhecimento, convocava não apenas os colegas médicos, mas pessoas de outras áreas de atuação, na tentativa de fertilizar suas idéias.

Um dos mais importantes limites que se impôs a Freud diz respeito ao público que poderia se submeter a uma análise. No que tange o campo da transferência, achava que com as pessoas “não-neuróticas” não era possível o estabelecimento da transferência. Massud Khan (1970) faz uma explanação sobre a invenção freudiana, mais especificamente sobre o *ambiente* onde se instala a transferência, e descreve o que chama de “paciente psicanalítico clássico”(p.166)

Após esclarecer o que seria o paciente freudiano, Khan nos fala que os outros *estilos* que Freud considerava inadequados à técnica psicanalítica seriam os casos de *loucura* ou *psicoses*, bem como, outras dificuldades de ordem *narcísica*. Porém, mais adiante ele alega que

é claro que nos últimos quarenta anos, a situação mudou radicalmente; o refinamento do enquadramento terapêutico de Freud e a compreensão de como funciona nos permitiram tratar de casos que exigem do analista muito mais *participação* na doença do paciente do que antes, na situação analítica original, clássica.(Ibid.).

Diversos clínicos da psicanálise tiveram importantes contribuições para este refinamento do qual nos fala Masud Khan. Dentre eles, nos interessa em especial as contribuições de Winnicott. Sobre os avanços propostos por seu modo de trabalho, ele diz:

Afirmar não ter sido necessária qualquer modificação na técnica de Freud para que a análise se estendesse até englobar a depressão e a hipocondria. Também é verdade que, de acordo com a minha experiência, a mesma técnica pode nos levar a elementos ainda mais primitivos, contanto, naturalmente, que levemos em consideração as mudanças na situação de transferência inerentes a tal trabalho. (1945, p. 271)

As construções teóricas de Winnicott são essencialmente inspiradas na clínica com pacientes graves, de modo que ele foi nossa principal referência. Em seu modo de pensar a clínica poderíamos dizer que, o manejo da transferência vai acontecer de acordo com o que foi possível para o paciente no curso do seu desenvolvimento emocional. Se ele foi capaz de superar as questões ligadas ao *ser*, ou seja, se tornou uma *pessoa total*, a análise vai fluir naturalmente, posto que pode dar conta de suas ambivalências em relação à vida e ao próprio analista. Porém, se o paciente não teve essa “sorte”, e ficou preso a um período arcaico de sua existência, estabelecerá um outro tipo de vínculo, o que implica, necessariamente, um outro manejo clínico.

Qual tipo de intervenção pode propiciar uma “nova chance” para as crianças que não tiveram “sorte” durante os estágios primitivos do desenvolvimento emocional? Como é possível investirmos libidinalmente nelas sem sermos enredados pela repetição de uma relação simbiótica? Na tentativa de buscar respostas para estas indagações, trilhamos o seguinte percurso.

Num primeiro momento fizemos uma descrição acerca dos grupos de psicoterapia, bem como de outros aspectos importantes sobre o dispositivo clínico utilizado no serviço de Terapia Intensiva do CPPL. Para tal, falamos um pouco sobre nossa experiência nesses grupos, e trouxemos os conceitos de *ambiente* e *continente*. O segundo momento de nosso trabalho foi de aprofundamento teórico, no qual destacamos Freud e a transferência, bem como o alargamento da técnica psicanalítica, tendo como referência as contribuições de Masud Khan. E, finalizando nossa pesquisa,

aprofundamos nosso estudo acerca das idéias de Winnicott e o trabalho do CPPL, mais especificamente no que dizia respeito ao manejo da transferência subjetal.

I - O TRABALHO CLÍNICO DO CPPL: AMBIENTE-CONTINENTE E A CRIAÇÃO DE UM DISPOSITIVO TERAPÊUTICO PARA CUIDAR DE CRIANÇAS.

É mais fácil cultuar os mortos que os vivos,
mais fácil viver de sombras que de sóis.
É mais fácil mimeografar o passado
que imprimir o futuro.
Não quero ser triste como um poeta que envelhece
lendo Maiakovski na loja de conveniência.
Não quero ser alegre como um cão que sai a passear
com o seu dono alegre sob o sol de domingo.
Nem quero ser estanque,
como quem constrói estradas e não anda.
Quero no escuro como um cego
tatear estrelas distraídas...

(Zeca Baleiro *in* Minha Casa)

A letra de música que escolhemos para iniciar este capítulo será melhor compreendida no decorrer de nosso trabalho, posto que várias leituras podem ser feitas a partir deste fragmento, bem como, de outros trechos desta música, sugestivamente intitulada “minha casa”. Em nosso labor é constante a ausência de garantias e avanços terapêuticos, principalmente no que tange os chamados “casos graves”. Se na *clínica das neuroses* temos que sustentar um mínimo de vigor para o trabalho clínico, nos casos graves temos que permanecer vivos e trabalhando pela vida (Eros), na tentativa de enfrentar um caminhar sempre tortuoso e descontínuo.

Quando falamos “graves” estamos nos referindo às pessoas que têm um mundo simbólico algo limitado, que as faz interagir com o mundo de forma precária, através do uso de mecanismos de defesa arcaicos. Para trabalharmos no cuidado com pessoas que se subjetivaram desta forma, o manejo clínico da transferência acontece como um tatear no escuro e exige “mais participação do analista do que na situação original, clássica” (Khan,1970, p.166). Trabalhar neste campo é estar numa tensão constante, que exige a contínua retomada do manejo, a criatividade ousada e espontânea, e ainda sensibilidade para estar numa posição intermediária - “nem tão longe que o paciente

possa sentir-se perdido e abandonado, nem tão perto que ele possa sentir-se constrangido e cerceado.” (Balint, 1994, p.205)

Didier Anzieu (2006), em excelente trabalho intitulado *A marca deixada na psicanálise por suas origens*, afirma que

Os conceitos psicanalíticos recorrentes, sejam eles freudianos ou mesmo kleinianos - conflito psíquico, mecanismos de defesa, recalçamento, negação, clivagem, projeção - são insuficientes para dar conta da perturbação do sujeito pelas angústias psicóticas. Assim, apesar dos esforços de muitos clínicos e estudiosos, a psicanálise ainda continua, quase um século depois de sua descoberta, marcada por suas origens. (p.127)

E mais adiante, sobre as peculiaridades de distintas formas de trabalho em diferentes formas de enquadramento clínico-terapêutico, bem como os seus possíveis (e necessários) desdobramentos teóricos diz:

A afirmação de que os pacientes que sofrem de uma espécie de déficit narcisista grave - psicóticos, estados-limites - fogem da alçada da psicanálise, pois seriam incapazes de transferência foi, durante décadas uma resistência epistemológica e terapêutica. Eles na verdade fazem uma transferência, mas diferente da do neurótico e, sobretudo tudo difícil de suportar pelo analista que se sente desnorteado, ameaçado, posto em questão por seu caráter maciço, por suas discordâncias, uma transferência que, com efeito, procura arrastar o psicanalista para a destruição, ao mesmo tempo em que o paciente espera que o psicanalista não seja destruído por essa transferência. (Idem, p.128)

Nossas principais referências teóricas nos chamam a atenção para estes aspectos ligados à aliança - não raro negativa, pela via do litígio e do *ódio na transferência e contratransferência*. E é aqui novamente que Anzieu nos dá com clareza um caminho possível para o trabalho analítico. Comentando a inoperância do trabalho interpretativo nesses casos, diz que o paciente

precisa em primeiro lugar que o garantam em seu ser reproduzindo para com ele uma presença de boa mãe com seu bebê (Winnicott), fornecendo-lhe um continente que ele possa interiorizar para conseguir conter-se a si mesmo em seus próprios limites sem se esvaziar (Bion). Mas estou citando aí, entre outros inovadores, dois psicanalistas ingleses que souberam dar às contribuições de Melanie Klein as inflexões técnicas e teóricas necessárias (Idem, *Ibidem*).

Embora nosso objetivo neste trabalho seja uma construção teórica acerca da transferência com crianças em sofrimento psíquico precoce, acreditamos que a literatura psicanalítica sobre os chamados “casos graves”, no sentido mais genérico do termo, constitui uma espécie de matriz de sustentação epistemológica. Em nosso caso, temos como referência, além de Freud, a Escola das Relações Objetivas, cujo precursor é Sandor Ferenczi, seguido de perto por Michel Balint e Donald Winnicott. Nossa escolha por essa matriz fica mais clara se levarmos em conta que, parte significativa das elaborações teóricas de Winnicott sobre a transferência e a contratransferência, foi feita a partir da análise de pacientes adultos (regredidos ou não).

Dito isto, nosso propósito neste capítulo é apresentar o trabalho clínico do CPPL, bem como descrever sucintamente o trabalho que realizamos durante dois anos nesta instituição. Para isso dividiremos o capítulo em três partes: na primeira, descreveremos o espaço institucional, bem como a experiência clínica marcante que tivemos durante dois anos de trabalho nesta instituição; na segunda, trabalharemos os conceitos de *ambiente* e *continente*, em Winnicott e Bion, respectivamente. E, para finalizar, discorreremos brevemente sobre o dispositivo clínico da Terapia Intensiva, uma vez que retomaremos o tema no capítulo final de nossa pesquisa.

Por estarmos de acordo com os autores que pensam a psicanálise a partir de uma estreita relação entre a *transferência*, o ambiente *Holding* e o *desenvolvimento emocional*, entendemos que as noções conceituais de *continente* e de *ambiente*, que trabalharemos mais adiante, podem ser pensadas em relação ao lugar (físico e simbólico) onde ocorreu o trabalho que realizamos no CPPL. Por se tratar de um ambiente criado para cuidar de crianças em sofrimento emocional precoce, descreveremos este lugar a partir de sua estrutura física, concreta.²

² Cabe aqui um trecho, para nós já clássico, do texto *O ódio na contratransferência*, de Winnicott, onde ele diz: “Perguntei a um colega se ele faz análise no escuro e ele disse: ‘Ora, não! Certamente nosso trabalho consiste em fornecer um ambiente comum: e o escuro seria algo extraordinário’. Ele se surpreendeu com a minha pergunta. Orientava-se pela análise de neuróticos. Mas este fornecimento e manutenção de um meio ambiente comum podem ser em si, uma coisa vitalmente importante na análise de um psicótico, podendo de fato ser, às vezes, até mesmo mais importante que as interpretações verbais a serem feitas. Para o neurótico, o divã, o calor e o conforto podem ser o *símbolo* do amor materno; para o psicótico, seria mais certo dizer que estas coisas *são* a expressão física do amor do analista. O divã *é* o colo ou o útero do analista, e o calor *é* o calor vivo do corpo do analista. E assim por diante”.(1947,p.347) Os grifos são do próprio Winnicott.

1.1 - O espaço institucional e a experiência no “grupinho”

1.1.1 – O espaço institucional do trabalho clínico do CPPL

Nos mais de vinte e cinco anos de existência, o trabalho do CPPL foi desenvolvido em mais de um endereço. Porém, nosso primeiro contato com a instituição aconteceu no endereço atual, situado no bairro da Graças, em Recife. A casa de dois pavimentos parece ter sido construída para o funcionamento efetivo das três esferas de atuação da instituição (Clínica, Ensino e Assessorias).

Logo na entrada, é possível um interessante contato com a natureza, e sentem-se inclusive cheiro de rosas ou outras dessas plantas que tem cheiro de infância. O caminho de pedras nos lembra a importância de não pisarmos na grama, mas não há ninguém fiscalizando isto, e tão pouco, aquela velha placa que nós (pelo menos na infância) fizemos questão de ignorar, pelo puro prazer de transgredir.

O jardim é algo que realmente chama atenção na casa. As plantas estão dispostas de tal forma, que é como se elas nos abraçassem. O responsável por toda essa beleza é um jardineiro que também trabalha em uma instituição que é uma espécie de “irmã mais velha” do CPPL.³

Na medida em que estamos fazendo essa descrição, nos vem a idéia dessa estrutura física, desse entorno da casa e a própria casa, como um “primeiro” continente⁴, no qual existiriam subcontinentes como: os consultórios onde ocorrem as análises individuais, a sala de psicoterapia de grupo, e, por fim, o espaço(concreto e intersubjetivo) das reuniões clínicas, que é o lugar por excelência da integração, da sobrevivência e do contorno no manejo da transferência. E, buscando referências diversas e produzindo conhecimento, a escrita da equipe complementa a criação de um ambiente que facilite e, ao mesmo tempo, alimente esse difícil e longo cuidar.

Não são poucos os nomes que constam no CID 10 e no DSM IV com vistas à classificação diagnóstica que tem por objetivo traçar a terapêutica dita “ideal” para

³ O Círculo Psicanalítico de Pernambuco.

⁴ Trabalharemos o conceito de “continente” adiante.

aqueles que procuram ajuda. Em psicanálise, porém, a questão do diagnóstico é muito mais ampla e dinâmica. As crianças as quais nos referimos são crianças que apresentam comportamentos que diferem, em maior ou menor grau, das demais. Na maioria das vezes, chegam com diagnóstico de Autismo ou Psicose Infantil.⁵ Embora haja pessoas na equipe que desenvolvam um excelente trabalho de psicodiagnóstico, e, este processo em si seja considerado terapêutico, porque gera importantes desdobramentos na família e na própria criança, a evolução do dispositivo clínico utilizado pela equipe, bem como produziu um afastamento contínuo do aprisionamento às categorias nosográficas. Ou seja, *o importante não é o nome* que se dá ao sofrimento desta ou daquela criança, mas sim o que é possível fazer para que ela dê continuidade ao processo natural e contínuo do desenvolvimento emocional humano.

O CPPL é referência nacional na clínica psicanalítica com crianças em intenso sofrimento psíquico, e os quase trinta anos de prática clínica com essas crianças mostraram que *elas não são desprovidas de recursos simbólicos* e de comunicação; o que acontece é que elas têm um modo muito próprio de utilizá-los. Pensar sobre essas crianças em termos de desenvolvimento emocional significa reconhecer que, embora elas tenham dificuldades graves, elas têm potencial para o processo de subjetivação.

Os grupos de psicoterapia acontecem em concomitância com os atendimentos individuais (psicoterapia individual e acompanhamento de pais, terapia ocupacional, apoio psicopedagógico e atendimento psiquiátrico), e juntas, estas intervenções terapêuticas formam a *Terapia Intensiva*, que é um dispositivo clínico, criado para manejar a transferência complexa e difícil, que ocorre, tanto nos grupos, como nos atendimentos individuais.

A reunião clínica é o espaço em que todos falam sobre os atendimentos, e que acolhe também as falas, impressões e sentimentos daqueles que, mesmo que não estejam tendo contato direto com a criança falada, não deixam de se sensibilizarem com o caso (Oliveira, 1997). O papel do coordenador é fundamental, posto que ele desempenha a função de terceiro, na medida em que não tem nenhum contato com a criança ou grupo que está sendo falado, e, portanto, não corre o risco de ser enredado transferencialmente. (Cavalcanti, 1995)

⁵ Sobre a questão do diagnóstico ver *Em terra alheia... pisa no chão devagar*, de Oliveira & Silva (2006).

Nestas reuniões, que acontecem semanalmente, é comum haver “desentendimentos” entre os terapeutas. Neste caso, o coordenador não intervém, pois sabe que, quase sempre, essa “briga” é a repetição do que acontece no seio da família da criança e diz respeito a conflitos que não puderam ser vividos pelos pais, e que são atualizados via *contratransferência* ou através da *transferência subjetal* (Silva, 1995). A contratransferência e a transferência subjetal são assuntos que abordaremos no decorrer da dissertação. Em relação à primeira, existe uma boa produção bibliográfica a respeito; como não se pode afirmar o mesmo sobre a segunda, se faz necessário tentarmos definir sucintamente este conceito.

A transferência subjetal é um fenômeno ligado “a repetição no *setting* analítico, de um movimento pulsional dos pais em relação à criança”, atualizado na figura do terapeuta. (Rocha. P, 1997.p 18) Este, ao invés de ser objeto da transferência, torna-se sujeito da mesma, na medida em que em que funciona como uma espécie de suporte de sentimentos que, por envolver “perdas narcísicas impossíveis de serem suportadas pelo casal parental”, não podem ser internalizados por este. (Silva, 1995. p.32).⁶

Nosso trabalho clínico junto a esta equipe nos mostrou que é possível (e necessário) o fomento de outras formas de pensar o sofrimento dessas crianças, na medida em que acreditamos que, em muitos dos fenômenos aos quais se atribuem determinadas categorias nosográficas, em especial a de “autismo”, criada por Kanner (1943), estamos diante de manifestações que fazem parte dos percalços naturais inerentes ao desenvolvimento emocional. (Winnicott, 1966)

1.1.2 - A *vivência* nos grupos e a *experiência* no “nosso grupinho”

No título que escolhemos para esse tópico estamos tentando delimitar dois momentos do trabalho que realizamos no CPPL: a *vivência* como observador e a *experiência* como co-terapeuta. Com esta divisão, não estamos querendo dizer que o trabalho do observador seja um trabalho menor; mas, certamente é mais seguro, embora não menos intenso. Porém, no trabalho como co-terapeuta, é que nos foi possível compreender e integrar, o modo criativo e bem-humorado utilizado por esta

⁶ O modo como se deu a descoberta deste conceito será abordado na segunda parte do capítulo três deste trabalho.

equipe para dar um mínimo de contorno ao sofrimento dessas crianças e de suas famílias.⁷

Durante nosso primeiro ano no Programa de Treinamento em Prática Institucional do CPPL, iniciamos o trabalho em grupo como observador. O papel deste seria anotar o máximo possível sobre as coisas que se passavam no grupo, sem fazer uso de interpretação, e o que é mais importante: sem falar absolutamente nada; o que nem sempre era possível. E, se por um lado estávamos expostos às tentativas “transgressivas” dos componentes dos grupos de falar conosco, por outro tínhamos uma visão privilegiada do movimento do grupo e dos terapeutas. Após as sessões, discutíamos esses movimentos com eles, e tínhamos também nosso espaço de fala na Reunião Clínica.

O primeiro grupo em que trabalhamos foi o de jovens-adultos, e nele tivemos contato com pacientes que foram acompanhados durante muitos anos (alguns desde a infância) no CPPL, por apresentarem quadros de psicose infantil. Este contato nos fez perceber o quanto a intervenção precoce surtia um efeito importante na vida dessas crianças, posto que, entre a fase da adolescência e a fase adulta, pelo menos dois deles conseguiram construir importantes laços sociais.

Os participantes desse grupo traziam os conflitos inerentes à maioria dos adolescentes. Questões ligadas à sexualidade, gostos por determinadas músicas, problemas com os pais. Naturalmente, a utilização de modos de funcionamento psíquico diferentes da média dos jovens, tornava mais difícil para eles o processo de inserção social.⁸

⁷ O treinamento tinha duração de um ano, e a todos que participavam era dada à oportunidade de estar seis meses numa função e seis na outra. Como fomos selecionados para mais um ano de trabalho, nos foi possível estar num mesmo grupo durante dezoito meses.

⁸ Vale lembrar que, independente de qual seja tipo de dificuldade (emocional, física ou cognitiva) apresentada por uma pessoa, a sociedade a encara sempre com preconceito, enxergando-a como deficitária, doente, anormal. Certa vez um dos participantes deste grupo questionou às terapeutas o que significava o nome “mental” em sua carteira de “deficiente”. Rocha & Durante (2006) citam a adoção pelo MEC do método TEACCH, no qual “a criança dita autista” é vista como “sindrômica, deficiente e irrecuperável”, e, portanto, passível do adestramento proposto pelo referido método. (p.11). Como essa adoção inclui toda a rede pública, “todos serão ‘incluídos’, ou seja, definitivamente excluídos, da sua condição de ser humano”. (idem, ibidem)

A questão do estigma, qualquer que seja ele, tem muitas vezes efeitos devastadores na vida das pessoas. Sobre este assunto ver *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, de Erving Goffman(1988).

Os terapeutas da equipe e os colegas que já estavam atuando como co-terapeutas faziam constantes referências a algum membro em específico de seus grupos como “meu chuchuzinho”. Essas referências diziam respeito a alguma identificação especial, diferenciada. Neste primeiro grupo, mesmo estando como observador, e logo, sem um contato direto, tínhamos um sentimento similar em relação a um deles. Coincidência ou não, justo em relação a ele, vivemos uma situação estranha numa reunião clínica, mesmo não estando mais no grupo. Em virtude da possibilidade desta situação ilustrar um pouco a questão da contratransferência, quiçá a transferência subjetal, discorreremos brevemente sobre ela.

Este jovem, mesmo sendo muito participativo e brincalhão, era talvez o que tinha o maior comprometimento do grupo. Na tentativa de interagir, costumava perguntar onde morávamos. Como estávamos na posição de observador não deveríamos responder, mas de tanto ele insistir, terminávamos respondendo. Então ele retornava a mesma indagação, o que significava a confirmação daquilo que as experientes terapeutas já haviam comentado: não se tratava de curiosidade, mas de uma tentativa de testar o enquadramento terapêutico.

Passado um tempo razoável, talvez em torno de um ano, este jovem desapareceu da instituição, e, nem ele nem a família deram notícia. Foi então que soubemos que ele estava internado em uma instituição em decorrência de uma crise, e, naturalmente, a ausência total de contato com a equipe fez com que a mesma ficasse numa posição de total exclusão num momento tão crítico como aquele.

Não é novidade para quem já tenha trabalhado em saúde mental que, esse tipo de assistência, mesmo com todos os avanços advindos da reforma psiquiátrica, ainda deixa a desejar. E, entre as instituições que passamos durante a graduação, esta em que ele foi internado era uma delas.

O posicionamento da equipe era bem sensato: se a família não havia procurado a instituição, não teria sentido que qualquer um dos terapeutas que o acompanhavam ou mesmo o psiquiatra da instituição fosse vê-lo. Porém, nosso posicionamento foi radicalmente diferente, e achávamos que, naquele momento, estavam todos agindo de forma ressentida, e que ele deveria ser visitado por alguém. Pensamos, inclusive, em fazer isso por nossa própria conta. Ao final da reunião, enquanto todos se levantavam

para ir almoçar, a coordenadora nos olhou e disse algo como: “eu não gostaria de estar no seu lugar. Imagino o que está sentindo.”

Apesar de termos estagiado na referida instituição, e de fato não sermos de acordo com linha de trabalho adotada ali, a saber, o que Foucault (2002) chamou de *tratamento moral*, é muito provável que nosso posicionamento estivesse ligado a contratransferência ou a transferência subjetal. A ligação com a primeira se deve a uma boa dose de identificação com o paciente; mas, no caso da transferência subjetal, nossa suspeita de termos ficado emaranhados em seu estranho novelo, se deve ao fato de ainda hoje, três anos depois, continuarmos acreditando que estávamos com razão, e toda a equipe estava errada. Essa é uma característica da transferência subjetal: por estar tomado enquanto suporte de desejos denegados pelos pais, o terapeuta alimenta uma crença quase cega de que ele está certo, e para tal, costuma buscar justificativas na realidade objetiva.

Ainda no decorrer do primeiro semestre de trabalho surgiu a demanda de um observador num outro grupo. E as crianças desse grupo nos foram descritas como “crianças que não brincam”. Ora, se brincar é uma tendência natural e saudável da criança, o que pensar sobre estas?⁹

Esse segundo grupo que, por ser ligado a Terapia Ocupacional tinha atividades diversificadas e muito interessantes, foi desfeito; e algumas dessas crianças foram atendidas em um outro grupo do qual também participamos. Mas a dificuldade de trabalhar com essas “crianças que não brincam” era tamanha que, mesmo intervindo de forma quase maníaca e transformando quase tudo que as crianças tentavam expressar em música, era comum os terapeutas criarem desculpas para faltar, chegar atrasados, ou coisa parecida. Não havia conversas depois das sessões, e até as falas sobre o grupo eram evitadas nas reuniões.¹⁰

Seriam muitas as vivências que tivemos no CPPL passíveis de descrição. No entanto, nosso propósito, com a exposição desses fragmentos, tem como objetivo

⁹ Nesse momento nos vem a lembrança da sugestão da experiente psicanalista que coordenava a Terapia Intensiva, para uma turma que iniciou o treinamento depois da nossa. Diante das ansiedades dos recém-chegados, a maioria deles ainda na graduação, sabiamente sugeriu: “deixem seus sapatinhos teóricos na porta”.

¹⁰ Em situações como esta, os terapeutas do CPPL costumam apelar para o que chamam de “esforço consciente”, ou seja, eles estão cientes de que precisam falar nas reuniões sobre estes movimentos, o que remete toda a equipe às dificuldades relativas ao manejo da transferência ligadas ao grupo em questão.

apenas ilustrar as questões teóricas que trataremos adiante; e, a experiência que tivemos em um mesmo grupo durante um ano e meio, é que nos motivou a fazer uma reflexão teórica sobre as questões relativas ao desenvolvimento emocional e o manejo da transferência. É sobre a experiência nesse grupo que discorreremos abaixo.

Ao fazer referência ao “nosso grupinho” estamos tentando: mostrar a forma carinhosa como os profissionais da equipe e os colegas de treinamento referiam-se aos grupos em que trabalhavam (“meu grupinho”); e também especificar que nossa descrição faz referência ao modo como esta experiência foi vivida por nós.¹¹

Na ocasião de nossa entrada no grupinho, o mesmo era composto por cinco participantes, todos na faixa dos cinco anos, sendo quatro meninos e uma menina. Esta menina, que tinha uma beleza encantadora, nos chamou logo a atenção. Gostava de brincar de montar uma venda, e nela vendia frutas e verduras para os terapeutas e coleguinhas. Depois de um tempo nessa brincadeira, disse que “ia dormir”, aconchegando-se no mesmo cantinho em que costumava montar seu pequeno comércio. De pronto, nossa aproximação para cobri-la e ainda fazer um carinho em seu cabelo, deixava claro nosso estado de encantamento pela bela garotinha. Havíamos, enfim, encontrado “nosso chuchuzinho”; até porque, o jovem descrito anteriormente, era grande demais para ter esse tratamento no diminutivo.

Diante de conteúdos de caráter edípiano, recheados de sensualidade pueril que esta garotinha nos dirigiu enquanto esteve no grupo, tivemos alguma dificuldade de acreditar que, no início do tratamento ela deitava chorando na recepção, e sua mãe estranhamente fazia o mesmo. Durante nossos primeiros seis meses no grupo, seu pai foi transferido para outro estado, o que forçou a família a interromper o tratamento no CPPL. Porém, a equipe fez o que sempre faz em casos como esses: indicou à família uma boa referência para que dessem continuidade ao tratamento na cidade onde iriam morar. Eles escreveram uma carta de agradecimento, que foi lida por uma das

¹¹ Apesar destes fragmentos não configurarem um caso clínico, e nem se proponham a tal, é interessante trazermos aqui um trecho da introdução de Násio (2001), em *Os grandes casos de psicose*: “Quer se trate do relato de uma sessão, do desenrolar de uma análise ou da exposição da vida e dos sintomas do analisando, um caso é sempre um texto a ser lido e discutido. Um texto que, através de seu estilo narrativo, põe em cena *uma situação clínica que ilustra uma elaboração teórica*. É por essa razão que podemos considerar o caso como uma passagem de uma demonstração inteligível a uma mostra sensível, a imersão de uma idéia no fluxo móvel de um fragmento da vida, e podemos, finalmente, concebê-lo como a pintura viva de um pensamento abstrato” (p. 11-12). Grifos nossos.

terapeutas na ocasião da despedida. Essa saída foi especialmente difícil para um dos garotos que, além de ser seu amigo, era seu vizinho e ia de carona com ela para as sessões.

Havia apenas um garoto que ficava, voluntariamente, muito isolado dos demais. Brincava com dinossauros, e ficava muito incomodado se qualquer pessoa quisesse brincar com ele. Quando ele dava espaço para alguém, esse alguém era logo enredado, e também se isolava do resto do grupo, ou seja, a relação fusional se estabelecia. Embora todos estivessem conscientes deste movimento, ele se repetia com todos que passavam pelo grupo.

Porém, com o tempo, esse garoto começou a brincar com os outros. O fato de o grupo estar agora formado só por meninos, e eles terem uma identificação diferenciada conosco, provavelmente ajudou nesse processo. Ele gostava principalmente da brincadeira de monstro. E o interessante nesta brincadeira é que a todos era dado o direito de ser o monstro.

Após seis meses nesse grupo, e com nosso ingresso no segundo ano de trabalho, estivemos com estas crianças pelo período de mais um ano. Quando foram acordados junto à equipe em que grupo trabalharíamos, nos foi colocado que, nossa permanência nele, devia-se ao fato dos garotos estarem vivendo uma importante transferência conosco, e vice-versa. Durante esse segundo ano fomos testemunha de uma evolução extraordinária desses garotos, e provavelmente, essa evolução se deu pelo investimento da equipe e dos pais neles.¹²

1.2 - O ambiente - continente

Ao contrário das idéias de Winnicott, que vimos estudando há acerca de seis anos, as idéias de Bion nos são relativamente novas. E, embora este não seja tão estudado quanto aquele no CPPL, certamente um conceito fundamental de sua teoria está

¹² Não por acaso, o garoto que menos avançou nesse período foi justo o dos dinossauros. Ele era muito investido pela equipe, mas este investimento diferenciado talvez fosse reflexo do pouco investimento da família. Embora não possamos trazer detalhes sobre o posicionamento desta, essa falta de investimento nele se deu desde o nascimento; e a hipótese que temos é que a tendência gerada nos terapeutas de “colarem” nele era justamente uma forma de tentar compensar isto.

presente no trabalho desenvolvido na instituição; estamos falando do conceito de *continente*.

Zimerman (2004) após décadas de estudo, prática clínica e seminários sobre Bion, escreveu o livro *Bion: da teoria à prática – uma leitura didática*. No prólogo da primeira edição ele faz, entre outras, a seguinte pergunta:

(...) como o propósito deste livro é o de dar uma abordagem de finalidade didática e simplificadora da obra de Bion, não estarei cometendo um ato de sacrilégio por tomar uma direção de certa forma oposta a do autor, que sabidamente pregava que era contra as verdades acabadas e achava importante manter um clima de incerteza, de ambigüidade e de um certo mistério?(p.11)

E mais adiante, dizendo acreditar “ter encontrado uma resposta no próprio Bion”, alega que este

advoga a necessidade do cumprimento de três aspectos. O primeiro exige que seus leitores façam sempre uma leitura relacionada com a real experiência da prática clínica de cada um; o segundo que ele não cansou de enfatizar, refere-se à liberdade para que cada leitor faça uma leitura particularizada de seus textos, que a elabore a partir de suas próprias vivências afetivas e que crie os seus próprios modelos psicanalíticos; o terceiro aspecto reiterado por Bion é evidenciado quando, ao tratar do vínculo analítico, ele enaltece a necessidade de o psicanalista utilizar uma linguagem acessível, e que, antes disso, consiga estabelecer aquilo que ele referiu como o “fato selecionado”, ou seja, a busca de uma coerência e uma consistência ao que aparenta ser um caos. (idem, p.12)

É importante ressaltar este ponto citado pelo o autor. O modo como Bion pensa a clínica fala de um entendimento teórico dialógico, que liga a experiência pessoal ao próprio clinicar, e se apresenta como um modo interessante e crítico de pensarmos a teoria da clínica. Na medida em que se tem uma prática clínica (institucional ou não) que seja de fato viva, independente do contorno teórico que lhe dêem, ela terá - neste diálogo entre a clínica e a teoria - o movimento necessário para alimentar o cuidado. E, neste sentido, estamos pensando no cuidado enquanto um aspecto essencial da natureza humana, ou seja, o cuidado enquanto *ethos*¹³. Na prática, esta atitude significa caminhar (de fato) com pessoas que sofrem e que procuram ajuda porque o *modus-*

¹³ Sobre este assunto, ver *Saber Cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*, de Leonardo Boff.

operandi do seu viver não está mais suportando o fardo da existência. E, em alguns casos, nos vemos em situações clínicas difíceis com aqueles que sequer chegaram a um nível quase elementar da vida psíquica/ simbólica, que seria *habitar o próprio corpo*, ser uma *pessoa total*.¹⁴

Se levarmos tudo isto em conta, talvez cheguemos à conclusão de que é perda de tempo pensar a clínica a partir de *vaidades teóricas*, sendo mais produtivo compartilhar nossa experiência clínica com um olhar que vislumbre o *como ela pode ser*. É importante essa idéia de movimento. Da mesma forma que essa vitalidade sustenta o vigor da clínica, *a teoria pensada como ficção* significa alguma garantia de que nossa intervenção propiciará alguma *continência* para as pessoas que nos propomos ajudar.

A proposta da *teoria como ficção* é uma das características do pensamento clínico da equipe do CPPL que nos agrada e desperta nosso interesse científico. Embora não saibamos exatamente onde lemos sobre isto, a convivência deixou claro para nós que, *pensar a teoria como ficção é não tomá-la como verdade acabada*. Apesar disto parecer um tanto óbvio, mostra um posicionamento oposto ao de muitos psicanalistas que pensam todos os fenômenos humanos pelo vértice, exclusivo, da psicanálise. A nosso ver, este é um equívoco que revela uma postura arrogante que, aliada a uma (aparente) auto-suficiência, termina por “engessar” a psicanálise; e, embora esse equívoco diga respeito a praticamente *todas as linhas* dentro da própria psicanálise, é mais constante nas linhas de orientação *lacaniana*.¹⁵

Retornando a nossa reflexão, por ora de *inspiração bioniana*, voltemos à idéia do que seria (grosso modo) a idéia de continente. Dando continuidade a nossa linha de raciocínio retomamos Zimerman (2004). No capítulo intitulado *A função de “Continente” do Analista e os “Subcontinentes”*, ele inicia dizendo que “a conceituação de Bion

¹⁴ Na perspectiva de Winnicott, tanto a idéia de *habitar o próprio corpo* como a de *ser uma pessoa total*, têm estreita relação com a questão dos processos de *integração* e *maturação* do ego. Nos casos graves, a precariedade desta instância psíquica mediadora (Freud), tem sérias implicações clínicas, daí decorrendo o uso da contratransferência como possibilidade de intervenção. Sobre este assunto ver *A mente e sua relação com o psicossoma* no livro “Da pediatria à psicanálise” (2000), e o capítulo 1 do livro “Natureza Humana” (1990) intitulado *O psicossoma e a mente*.

¹⁵ Embora tenham como principal referência às idéias de Winnicott, os profissionais do CPPL tem diversas referências na teoria psicanalítica e buscam constantemente o diálogo desta com outros saberes como filosofia, antropologia, sociologia, psiquiatria dinâmica, psicopatologia fundamental, pedagogia e lingüística.

quanto à origem, à natureza e ao funcionamento do continente materno - ou do psicanalista - constitui-se como um dos postulados fundamentais tanto da teoria como da prática psicanalítica”. (p.230) E, fala também, que Bion criou um *primeiro modelo*, a saber, o da relação sexual, onde

a vagina se comporta como um continente para o pênis, com suas respectivas possibilidades prazerosas ou desprazerosas, sadias ou patológicas, que podem ocorrer dessa relação. No entanto, foi o *segundo modelo* que Bion empregou de forma consistente e sistemática para caracterizar as identificações projetivas que se processam entre as necessidades e ansiedades do bebê (conteúdo: ♂) projetadas na mãe e na capacidade desta em contê-las (continente: ♀) até poder devolvê-las de forma adequada ao bebê.

Como o modelo boca-seio, ou bebê-mãe, encontra forte equivalência na relação analisando-analista, torna-se óbvia a conclusão de quão importante é a conceituação de *continente-conteúdo* para a prática psicanalítica.

O próprio *setting* psicanalítico é instituído de tal forma que os encontros entre analista e analisando se alternam com os desencontros decorrentes das inevitáveis separações, frustrações e privações, de modo que tudo isso reproduz as mesmas vicissitudes do vínculo de uma criança com a mãe. (idem, ibidem)

A questão do ambiente em Winnicott é, também, uma noção conceitual ampla e importante, que nos é válida para pensar tanto a clínica como as relações humanas em geral, já que, de certa forma, tanto esse pressuposto quanto o de Bion nos fala de uma teia relacional, e o encontro analítico pode ser um lugar privilegiado, no qual a partir da transferência, analista e paciente levem a cabo seus *processos de maturação*. Isso porque, para alguns, é (também) através do psicanalisar que o analista pode dar continuidade à sua própria análise. Muito se fala sobre as demandas dos pacientes que necessitam de uma simples ajuda, ou de um trabalho analítico. Pouco se diz sobre o quanto aprendemos com eles. É a confiança em nós depositada que nos habilita a tentar prover um ambiente facilitador (*Holding*).

Abran (2000) inicia a definição do conceito de “ambiente” dizendo que “a teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott enfatiza o ambiente e sua influência sobre a saúde emocional do bebê” (p.25), e finaliza dizendo que

o ambiente facilitador possibilita ao indivíduo a chance de crescer, frequentemente em direção a saúde, enquanto que o ambiente que falha,

principalmente no início, mais provavelmente levará a instabilidade e doença.(idem,ibidem)

Até onde vai o que Winnicott denominou “desenvolvimento emocional primitivo”? As manifestações da desmesura, da angústia, da psicopatologia, significariam uma parada nesse desenvolvimento, prendendo a criança (ou adulto) a um período deveras arcaico da existência?

Winnicott teorizou, a partir do seu intenso contato com mães e bebês, que a experiência do viver é marcada por uma série de rupturas. A primeira delas diz respeito ao nascimento. Nesse momento, o bebê experimenta a sensação desagradável de sair de um ambiente *suficientemente bom* para um que lhe é *estranho*. O que se espera, e que, segundo Winnicott, acontece na maioria das vezes, é que o bebê obtenha o *holding* necessário. Através dos cuidados de uma *mãe suficientemente boa*, ele sente que é possível confiar no ambiente, e, portanto, adquire o sentimento de *continuidade do ser*.

As construções teóricas de Winnicott são inspiradas na clínica com pacientes difíceis, e, também por isso, representam nossa mais importante referência. Em seu modo de pensar a clínica poderíamos dizer que, para ele, o manejo da transferência acontece de acordo com o que foi possível para o paciente no curso do seu desenvolvimento emocional. Se ele foi capaz de superar as questões ligadas ao *ser*, ou seja, se tornou uma *pessoa total*, a análise vai fluir naturalmente, posto que ele pode dar conta de suas ambivalências em relação à vida e ao próprio analista. Porém, se o paciente não teve essa sorte e ficou preso a um período arcaico de sua existência, estabelecerá um outro tipo de vínculo, o que implica, necessariamente, um outro manejo. O alargamento da transferência, que permitiu o aumento do espectro de pessoas que podem se beneficiar de uma análise (Khan, 1970), possibilitou, ainda, o acesso à subjetividade das crianças. Nelas, que estão em pleno processo de desenvolvimento psico-afetivo, as intervenções terapêuticas podem gerar resultados surpreendentes.

É triste e comovente estar em contato (direto ou indireto) com pacientes graves, sejam estas crianças, adolescentes ou adultos. Mas, se focarmos nossas atenções nessas emoções, e o que é pior e mais perigoso, nas interpretações que temos ou

fazemos em relação a eles, perderemos a oportunidade de viver uma experiência singular, que potencializa nosso próprio desenvolvimento. Nessa perigosa aventura é fundamental que saibamos privilegiar nosso olhar para aquilo *que pode ser* em detrimento daquilo *que não é*. Na tentativa de ajudar essas pessoas, ter em mente um horizonte de possibilidades que certamente precisa de nosso tempo, dedicação e paciência para advir, é o primeiro passo para uma caminhada que pode, perfeitamente, não levar a lugar nenhum. Lembremos que, mesmo nos casos de neurose, nos quais teríamos um rico mundo simbólico e transferencial, não há nenhuma garantia de avanço terapêutico.

1.3 - O dispositivo da Terapia Intensiva

Paulina Rocha (1997), no texto que abre o primeiro livro da equipe do CPPL intitulado *Autismos*, diz:

O trabalho institucional que vimos realizando ao longo de quinze anos, no Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL), com crianças de diferentes idades apresentando distúrbios precoces de personalidade – psicoses e outras patologias -, nos conduziu à elaboração de algumas noções teóricas que se revelaram indispensáveis ao prosseguimento deste trabalho. Durante todos esses anos de dúvidas e questionamentos, ficou evidenciado o que por intuição, todos sabemos: a clínica psicanalítica é o berço do conhecimento analítico. (p. 15-16)

Ao contrário de perspectivas que pensam uma clínica alicerçada numa crença quase cega nas teorias psicanalíticas, no CPPL a prática clínica indaga constantemente estas teorias e, com isso, o dispositivo clínico é sempre repensado. Os títulos dos livros talvez sejam um exemplo e reflexo disso.

O primeiro deles, como já dissemos, chama-se *Autismos*. Nele, mesmo ainda trabalhando com esta categoria, a conjugação no plural já aponta para um outro caminho, a saber, a noção de que, se esta classificação nosográfica (“autismo”) encerra uma entidade clínica determinada, há também nela uma pluralidade de formas que se apresentaram ao longo dos anos de prática clínica; o que contraria grande parte da literatura médica sobre o tema, o qual é tratado de forma generalizante e fria, como se

os sintomas autísticos da criança (ou “a doença”), significassem uma ausência total de humanidade e socialização. É como se o diagnóstico, sem dúvida algo muito útil e até imprescindível para a maioria dos clínicos, se encarregasse de traçar um futuro nefasto, “sem futuro”, para esta criança e sua família .

Joel Birman, na apresentação do livro supracitado, afirma que “decididamente o autismo se realiza e se materializa no plural: autismos. Isso está fora de questão” (Idem, p.11). Para ele a conjugação no plural “trata-se de uma maneira delicada e pontual de poder se referir à singularidade inquietante dos autistas” (Idem,ibidem). Mais adiante, fazendo referência direta ao trabalho clínico e alegando que este se apóia no pressuposto ético de que “existe linguagem e sujeito no mundo do autista”, ratifica suas afirmações:

Digo pressuposto ético, já que as formas de acesso que foram inventadas pelos terapeutas, para se aproximarem do muro da linguagem do autismo, são jogos de linguagem e forma de vida (Wittgenstein) que tornaram possíveis certos resultados. Esses são insofismáveis e revelam a grandeza do trabalho realizado. Porém, isso quer dizer que foram supostas a existência de um proto-sujeito e de um ser da linguagem, sem os quais nem o acesso nem a eficácia terapêutica mostrados seriam possíveis (Idem, p.13).

O segundo livro, *Autismo: construções e desconstruções* é marcado pelos anos que o separam do primeiro, e pela publicação pós-morte do livro de Winnicott, intitulado *Pensando sobre crianças*, em especial o texto sobre autismo de título homônimo. Neste segundo livro é de fundamental importância o capítulo 4, sugestivamente intitulado “Com Winnicott na contramão”. E por fim, o terceiro livro, lançado no final de 2006, nos traz um título que fala por si. *Cata-ventos: invenções na clínica psicanalítica institucional*. Nele, é possível encontrarmos desde o primeiro texto da equipe, que faremos referência adiante, até textos que falam do trabalho de articulação entre psicanálise e gestão.

Após nos falar da clínica como “berço do conhecimento analítico”, Paulina Rocha (1997) faz referência a primeira produção escrita da equipe¹⁶, e diz que são comuns as releituras e citações sem referência, do “velho texto, esfarrapado de tanto uso”, porque

¹⁶ “Um modelo de instituição para tratamento de crianças psicóticas- Análise de transferência e contratransferência subjetal”. Texto apresentado em congresso do Círculo Psicanalítico Brasileiro, em 1983, e publicado em 2006.

“ele fala de pedras fundadoras – transferências, triangulações, enquadramento – e do jeito cepepeliano de avançar na construção de uma prática clínica psicanalítica”.(p.16)
 Façamos então uma primeira visita ao tal texto.

No início deste artigo, escrito por toda a equipe e também coordenado por esta autora, nos chama a atenção a denominação utilizada sobre o trabalho de grupo (“psicoterapia intensiva da criança psicótica”) e a ressalva de que, por conta da “curta experiência de um ano, não é possível proceder uma elaboração mais completa e extensiva”(2000, p.36) Outro ponto importante que, em parte, permanece até os dias atuais é “a idéia de se oferecer uma alternativa de intervenção psicanalítica para os casos de psicose infantil”(idem, ibidem). A título de apresentação introdutória do dispositivo, que já era chamado de Terapia Intensiva, dizem os autores:

O trabalho terapêutico gira em torno do conceito de transferência subjetal, que foi formulado originalmente pelo Dr. Jacquey, a partir de sua experiência com pacientes psicóticos, e posteriormente retomado pela psicanalista Marie Christine Laznik (1978), em seu artigo “D’un possible de la psychose dans cadre d’une institution”.

Esse tipo específico da transferência e sua atualização no *setting* analítico da Terapia Intensiva, impelem-nos a refletir continuamente sobre a equipe, no que diz respeito à atuação terapêutica, aos movimentos transferenciais que podem intervir nesta e às relações de trabalho. Para isso, é preciso pensar como se organiza quanto ao espaço institucional, sua estruturação e seu funcionamento.(p.36-37)

Durante dois anos de trabalho clínico junto à equipe do CPPL, tivemos a oportunidade de perceber o quanto o manejo clínico da transferência pode propiciar um desenvolvimento emocional bem mais satisfatório do que sugerem os diagnósticos fatalistas da neuropsiquiatria e mesmo da própria psicanálise. O espaço de psicoterapia de grupo funciona como uma espécie de *contínente* (Bion), no qual crianças que chegam estigmatizadas como autistas ou psicóticas, mostram que tem grande capacidade de desenvolverem recursos psíquicos que lhes propiciem um sentido existencial. O dispositivo da Terapia Intensiva e o *ambiente institucional* fornecem para toda a equipe a possibilidade de suportar a *transferência subjetal*; e, na medida em que este dispositivo evita que os terapeutas percam seus contornos, todos permanecem *vivos e respirando*. (Winnicott)

II - ... E FEZ-SE A TRANSFERÊNCIA: FREUD E MASUD KHAN

Neste capítulo falaremos sobre alguns aspectos que consideramos essenciais acerca do fenômeno da transferência na teoria freudiana, e para tal, faremos uma breve abordagem sobre a evolução deste conceito. Logo em seguida, destacaremos alguns textos em que Freud faz referência direta ao tema. E, finalizando, traremos a questão do alargamento do campo da transferência e o uso da contratransferência, a partir das ricas contribuições de Masud Khan.

2.1 – Freud e a transferência

Existem inúmeros estudos sobre Freud e a transferência. Porém, nosso objetivo neste tópico é apenas mostrar aspectos essenciais deste conceito, ou seja, não pretendemos fazer um aprofundamento do tema.¹⁷

2.1.1 - Um pouco de história

Freud, após formar-se em Medicina, especializou-se em Neuropsiquiatria e, durante um tempo, fez trabalhos no campo da fisiologia. No entanto, a sua veia científica e seu interesse em aprofundar a compreensão acerca das então chamadas “doenças dos nervos”, o fizeram conseguir uma bolsa para estudar em Paris com Charcot, um dos maiores médicos da época. O contato de Freud com Charcot lhe foi marcante, e no livro *A História do Movimento Psicanalítico* refere-se a este dizendo:

Aprendi a controlar as tendências especulativas e a seguir o conselho não esquecido do meu mestre Charcot: olhar as mesmas coisas repetidas vezes até que elas comecem a falar por si mesmas. (1914, p. 33)

Um aprofundamento nos principais textos de Freud nos mostra que este conselho foi seguido por ele até o fim de suas construções teórico-clínicas. O seu senso e

¹⁷ Em artigo de título homônimo a este tópico, Rocha. Z(1994) faz uma espécie de arqueologia da transferência na obra de Freud. Tudo que trabalharemos aqui de forma superficial foi aprofundado de maneira muito clara neste texto.

autocrítica o fizeram tratar a *psicanálise* como uma *eterna construção*, tão *interminável* quanto sua auto-análise. Isso quer dizer que, no início, tanto a teoria quanto a prática psicanalítica não estiveram engessadas, mas sim vivas, mantendo este fundamental motor dialógico.

Rocha. Z (1994) refere-se ao período inicial das elaborações freudianas, entre 1886 e 1892, dizendo:

Os primeiros indícios da descoberta da transferência datam do tempo em que Freud acreditava na eficiência terapêutica da hipnose. Foi Charcot quem nele despertou tal esperança. Na Salpêtrière, Freud e seus colegas de estágio resistiam à sedução com que o mestre Charcot lhes falava sobre hipnose, pois não sabiam articular o que ouviam com as teorias que lhes tinham sido ensinadas. (p.99)

Compreende-se, portanto, que ele tenha retornado do estágio parisiense entusiasmado com o que descobrira com o mestre Charcot sobre a histeria e a hipnose. Apesar da fria recepção de seus mestres vienenses, o entusiasmo inicial pelo hipnotismo foi muito grande. (idem)

Após estes estudos com Charcot, Freud teve contato com um outro personagem fundamental para a psicanálise: Joseph Breuer. Inicialmente o que havia era o *método catártico* que, segundo Laplanche & Pontalis (2001), dizia respeito ao

método de psicoterapia em que o efeito terapêutico visado é uma 'purgação'(catharsis), uma descarga adequada dos afetos patogênicos. O tratamento permite ao sujeito evocar e até reviver os acontecimentos traumáticos a que esses afetos estão ligados, e ab-reagi-los.

Historicamente, o "método catártico" pertence ao período (1880-1895) em que a terapia psicanalítica se definia progressivamente a partir de tratamentos efetuados sob hipnose.

Neste período já existiam algumas especificidades na relação entre Freud, Breuer, e seus respectivos pacientes. Breuer dizia que o que fundamentava o processo de cura era a *relação sugestiva*, ignorando o caráter de repetição. Mas Freud, em textos posteriores aos *Estudos sobre a Histeria* diz que o que estava em jogo era um *amor de transferência*.¹⁸

No ano de 1895 as discordâncias Freud e Breuer atingiram o seu ponto crítico, e a principal divergência se devia ao fato de Freud não abrir mão da importância que

¹⁸ Ver o último dos *Artigos sobre técnica*, intitulado *Observações sobre o Amor Transferencial*. (Freud, 1914)

“atribuía à sexualidade na patogenia das neuroses” (Lagache, 1980, p.6). Freud então abandonou a hipnose e passou a utilizar o *método de sugestão*, pressionando sua mão sobre a testa do paciente. Desta forma, “os sintomas forneciam o ponto de partida para a associação de idéias”. (Idem, *ibidem*)

Mais do que qualquer outro texto, o admirável capítulo IV dedicado por Freud, nos ‘Estudos sobre a Histeria’, à ‘Psicoterapia da Histeria’, convence o leitor de que a genialidade de Freud consistiu em converter as dificuldades em instrumentos. Cada dificuldade, cada fracasso, foi o ponto de partida de uma pesquisa psicológica e de uma inovação técnica. Se todos os pacientes tivessem sido hipnotizáveis, não teria havido psicanálise: e, nesse sentido, pode-se sustentar que a psicanálise nasceu da resistência e dos efeitos negativos da transferência. (Idem, p 6-7)

Falar dos primórdios da psicanálise é falar, necessariamente, sobre o *Caso Anna O*. A leitura dos casos clínicos dos *Estudos sobre a histeria* nos mostra a importância do trabalho clínico com outras mulheres nas descobertas psicanalíticas, mas, certamente, este caso foi um dos momentos de dificuldade na construção teórica de Freud. No entanto, foi uma experiência fundamental para a descoberta da transferência psicanalítica e uma confirmação de especulações sobre o que viria a ser a Teoria da Sexualidade.

Garcia-Roza (2001), em *Freud e o Inconsciente*, nos traz uma síntese interessante sobre o caso Anna O. Esta leitura nos remete a biografia oficial de Freud, de autoria de Ernest Jones (1979). A partir da leitura de ambos faremos uma síntese do que, neste caso clínico, tange o campo da transferência.

Bertha Pappenheim (Anna O.) era uma bela jovem de cerca de vinte anos que, a partir da morte do pai do qual ela cuidava, desenvolveu uma sintomatologia bastante complexa e exuberante.¹⁹Breuer foi atendê-la em função de uma grave crise de garganta e ficou impressionado com o que viu.

Durante quase dois anos Breuer se ocupou diariamente de Anna O, e em seus atendimentos utilizava a hipnose como uma forma de atenuar os sintomas da paciente.

¹⁹ A leitura deste texto, principalmente no início quando Breuer faz a descrição de Anna O., nos dá a impressão que o caso dela não se trata de uma histeria, mas de algo ainda mais grave, tamanha a quantidade e intensidade de sintomas. (Ver *Estudos sobre Histeria*)

Ela, por sua vez, criou um importante recurso de sobrevivência psíquica que contribuiu não só para o seu próprio tratamento, mas para a construção da psicanálise tal qual a conhecemos hoje. O recurso criado foi o de *falar livremente* a Breuer sobre as coisas que lhe tinham ocorrido durante o dia, mais especificamente as desagradáveis, como

as alucinações aterradoras depois das quais sentia alívio. Em certa ocasião relatou os detalhes da aparição de um sintoma em particular e, para grande surpresa de Breuer, esse fato resultou na completa desapareção do sintoma. Percebendo a utilidade de tal procedimento, a paciente continuou a fazer o mesmo com os outros sintomas, dando a esse processo o nome de “cura pela conversação” ou “limpeza da chaminé”. (Jones, 1979. p.236).

Breuer estava muito envolvido com a paciente e se dedicava com tal afinco ao tratamento que sua mulher começou a sentir-se enciumada. Aos poucos se somou a este ciúme um estado de tristeza e melancolia. Tomado pela impulsividade e receio, Breuer aproveitou um momento de melhora de Bertha para encerrar o tratamento, objetivando uma segunda lua de mel com a esposa. Assim o fez. Acontece que nesta mesma tarde ele foi chamado as pressas para ver a paciente, que estava tendo uma de suas piores crises. Apresentava sintomas de uma pseudociese, espécie de crise de parto histérico, e dizia “agora chega o filho de Breuer”.

Após ter tido conversas com Freud nas quais este lhe revelou mais detalhes sobre o Caso Ana.O., Jones alega que “deve-se admitir que Breuer havia sido sujeito ao que hoje em dia, se chama de forte contratransferência, diante de sua interessante paciente.” (Idem, p.237)

2.1.2 – A transferência em alguns textos de Freud

No segundo volume de *A Interpretação de sonhos* (1900) Freud diz:

É claro que as moções de desejo inconscientes tentam tornar-se eficazes também durante o dia, e o fato da transferência, assim como as psicoses, indicam-nos que elas lutam por irromper na consciência através do sistema pré-consciente e por obter o controle do poder de movimento (p.604).

Acontece que neste período Freud falava da transferência dos conteúdos vividos durante o dia para o sonho, o que chamou de “resto diurno”, e trabalhava ainda no registro do que hoje chamamos *primeira tópica*. No entanto, não podemos perder de vista de que na transferência psicanalítica há um deslocamento de afetos por parte do paciente para o analista; e este deslocamento tem como núcleo minésico e recalcado as primeiras relações de amor (relações objetais). Cinco anos após a sua obra inaugural, Freud (1905) questiona e especula sobre o fenômeno da transferência, agora já no campo dos afetos, lembranças e imagos parentais :

O que são as transferências? São reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévia é revivida, não como algo passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico.(p.113)

E continua:

Algumas dessas transferências em nada se diferenciam de seu modelo, no tocante ao conteúdo, senão por essa substituição. São, portanto, para prosseguir na metáfora, simples reimpressões, reedições inalteradas. Outras se fazem com mais arte: passam por uma moderação de seu conteúdo, uma *sublimação*, como costumam dizer, podendo até tornar-se conscientes ao se apoiarem em alguma particularidade real habilmente aproveitada da pessoa ou das circunstâncias do médico. São, portanto, edições revistas, e não mais reimpressões. (idem, ibidem)

Nessa clássica passagem da obra freudiana (Caso Dora), Freud nos fala sobre a transferência em termos de uma primeira elaboração clínico-conceitual. Porém, em textos escritos alguns anos após este caso clínico, Freud vai desenvolver de forma mais aprofundada o tema.

Nos *Artigos sobre Técnica* podemos encontrar elaborações imprescindíveis para a compreensão e o uso da transferência. Mesmo sabendo da importância de todos os artigos, nos deteremos em *A Dinâmica da Transferência* (1912) e *Recordar, Repetir e Elaborar* (1914). No início do primeiro destes artigos, Freud diz:

Deve-se compreender que cada indivíduo, através da ação combinada de sua disposição inata e das influências sofridas durante os primeiros anos, conseguiu um método específico próprio de conduzir-se na vida erótica — isto

é, nas precondições para enamorar-se que estabelece, nos instintos que satisfaz e nos objetivos que determina a si mesmo no decurso daquela. Ora, nossas observações demonstraram que somente uma parte daqueles impulsos que determinam o curso da vida erótica passou por todo o processo de desenvolvimento psíquico. Esta parte está dirigida para a realidade, acha-se à disposição da personalidade consciente e faz parte dela. Outra parte dos impulsos libidinais foi retida no curso do desenvolvimento; mantiveram-na afastada da personalidade consciente e da realidade, e, ou foi impedida de expansão ulterior, exceto na fantasia, ou permaneceu totalmente no inconsciente, de maneira que é desconhecida pela consciência da personalidade (1912, pp 133-134).

E mais adiante, no mesmo texto alega que

quando algo no material complexivo (no tema geral do complexo) serve para ser transferido para a figura do médico, essa transferência é realizada; ela produz a associação seguinte e se anuncia por sinais de resistências — por uma interrupção, por exemplo. Inferimos desta experiência que a idéia transferencial penetrou na consciência à frente de quaisquer outras associações possíveis, porque ela satisfaz a resistência. Um evento deste tipo se repete inúmeras vezes no decurso de uma análise. (Idem, p.138).
 (...) Ocupamo-nos do mecanismo da transferência, é verdade, quando o remontamos ao estado de prontidão da libido, que conservou imagos infantis, mas o papel que a transferência desempenha no tratamento só pode ser explicado se entrarmos na consideração de suas relações com as resistências. (Idem, p.139)

Merece destaque esse ponto no qual Freud vem nos alertar para o fato de que, o processo transferencial mobiliza uma série de conteúdos (conscientes e inconscientes) do paciente. Embora ele esteja fazendo referência ao paciente, a vivência contratransferencial do analista não deve ser desprezada. Daí a importância fundamental do analista ter experimentado/vivido um profundo trabalho pessoal em análise; é a partir de sua própria experiência que ele será capaz de perceber minimamente, de forma intuitiva e de certo modo também inconsciente, como deve manejar a transferência com cada pessoa que cuida. Mais adiante Freud nos falará da transferência como um instrumento de trabalho e, ainda, da relação desta com a resistência.

O processo transferencial, como pôde ser percebido, mobiliza uma série de afetos, por vezes extremamente desagradáveis. Sentimentos de hostilidade e puerilidade, ligados principalmente às figuras parentais são presentificados

inconscientemente no paciente e projetados na figura do analista. No que tange essas peculiaridades da transferência, Freud atinou para o fato de que o paciente cria uma *resistência* ao processo de cura e que esta se dá a partir da possibilidade do paciente *repetir* a sua história.

No texto *Recordar, Repetir e Elaborar* (1914), Freud nos diz que

A resistência, contudo, pode explorar a situação para seus próprios fins e abusar da licença de estar doente. Ela parece dizer: “Veja o que acontece se eu realmente transijo com tais coisas. Não tinha razão em confiá-las à repressão?” Pessoas jovens e pueris, em particular, inclinam-se a transformar a necessidade, imposta pelo tratamento, de prestar atenção à sua doença, numa desculpa bem-vinda para regalar-se em seus sintomas(p.199)

Este trecho merece destaque, pois nos fala do que Freud chamou de *ganho secundário*. Segundo Rycroft (1975), este ganho “consiste nas vantagens práticas que podem ser alcançadas usando o sintoma para influenciar ou manipular outras pessoas” (p.110). Esses ganhos, apesar de terem grande parte de seu conteúdo recalçado, aparecem com frequência tanto nos casos de neurose como nos casos mais graves, e nos dizem da dinâmica familiar e dos acordos inconscientes (sintoma) da família. E isto independe de estarmos cuidando de adultos ou de crianças.

Ainda no texto de 1914, alerta-nos Freud que

outros perigos surgem do fato de que, no curso do tratamento, novos e mais profundos impulsos instituais, que até então não se haviam feito sentir, podem vir a ser ‘repetidos’. Finalmente é possível que as ações do paciente, fora da transferência, possam causar-lhe dano temporário em sua vida normal, ou até mesmo terem sido escolhidos para invalidar permanentemente suas perspectivas de restabelecimento. (Idem, pp.199-200).

Esta citação nos remete a algo muito importante que Freud trata nesse texto. A expressão referida acima fala do que ele chamou de *acting out*. Tomado emprestado do teatro (atuação), esse termo foi utilizado por Freud para nomear as coisas que, por uma impossibilidade de elaboração dentro do *setting* analítico, aconteciam na vida cotidiana do paciente. Kauffman(1996) reforça o que diz Freud sobre a atuação:

Quando um sujeito não consegue se lembrar de um elemento recalçado, ele age por vezes sem saber o que está retornando então na forma de ação. Ao

evocar isso em 1914 em 'Recordar, repetir e elaborar', Freud nomeia essa atuação usando o termo '*Agieren*', que foi traduzido em inglês por '*acting out*', expressão que sublinha a sua dimensão de jogo teatral. Foi nessa ocasião que Freud introduziu a compulsão à repetição e a associou à transferência, na medida em que esta seria repetição em atos do passado que não se pode rememorar. Quer ocorra durante uma sessão de análise ou fora dela, um *acting out* reproduz um clichê ou um roteiro inconsciente e possui uma dimensão transferencial. (1996, p. 4)

Enfim chegamos ao ponto em que Freud vem falar da possibilidade da transferência "conduzir à cura". (1914, p. 201) Ele diz que esta cura se dá a partir do manejo da transferência e que ela propicia uma espécie de "neurose artificial" (neurose de *transferência*), que vai aos poucos "substituir" a neurose propriamente dita. Para ele, o campo transferencial seria uma espécie de *playground* e "a partir das reações repetitivas exibidas na transferência, somos levados ao longo dos caminhos familiares até o despertar das lembranças, que aparecem sem dificuldade, por assim dizer, após a resistência ter sido superada". (idem, ibidem)

O manejo clínico da transferência parece ter algo de estranho e, ao mesmo tempo, algo de familiar. A dinâmica tantas vezes imprevisível de alguns pacientes traz desafios constantes. Estes desafios precisam ser encarados com escuta, leitura, supervisão, e acima de tudo prontidão para estas pessoas.

Quando estamos caminhando com pessoas que possuem uma boa consistência egóica, adentramos num mundo simbólico que possui tamanha riqueza, que, o paciente e o analista vivem um conflito entre *peçoas totais* (Winnicott). Mas, com alguns pacientes (adultos ou crianças), entramos, por vezes, numa espécie de pântano escuro e nele precisamos estar sempre criando uma nova estratégia, repensando/ refazendo o contrato terapêutico, para que algo aconteça. Tudo isso porque estas pessoas, no decorrer do desenvolvimento emocional, não chegaram a este patamar de conflito, e estando, ainda, num período mais arcaico da existência, nos arrastam para a transferência maciça, da qual nos fala Anzieu.²⁰

Pelas intensidades destes vínculos transferenciais, há grandes chances do analista sentir-se freqüentemente culpado, incompetente, incapaz. E isto ocorre

²⁰ Ver introdução do capítulo 1 de nosso trabalho.

também na clínica das neuroses. Cabe, então, mais uma das importantes recomendações freudianas. O analista

nada mais tem a fazer senão esperar e deixar as coisas seguirem seu curso, que não pode ser evitado nem continuamente apressado. Se se apegar a esta convicção, amiúde ser-lhe-á poupada a ilusão de ter fracassado, quando, de fato está conduzindo o tratamento segundo as linhas corretas. (1914, p 202).

2.2 - Um alargamento possível da transferência: contribuições de Masud Khan

Freud fez restrições relativas ao campo de abrangência da técnica psicanalítica. Desde o principio de suas construções teóricas ele se interessou pela neurose e seu olhar, principalmente enquanto clínico, estava voltado principalmente para ela. Nos primórdios da psicanálise, ele contou com a colaboração de Sandor Ferenczi. Na *História do Movimento Psicanalítico* (1914) diz que “da Hungria, geograficamente tão perto da Áustria, e cientificamente tão distante, surgiu um único colaborador, S. Ferenczi, mas que, em compensação, vale por uma sociedade inteira” (p.45).

Jurandir Freire (1995), na introdução do livro de Tereza Pinheiro, intitulado *Ferenczi: Do Grito à Palavra*, diz que “é impressionante como Freud e Ferenczi anteciparam e discutiram quase todos os enigmas que ainda hoje fazem da psicanálise algo digno de ser pensado”. Diz, ainda, que Ferenczi foi um dos responsáveis por salvar a psicanálise do cientificismo já que “um único imperativo orienta sua teoria, o imperativo ético” (p.9). Mais adiante indaga Freire:

O que fazer diante do desamparo; o que fazer com quem sofre e não pode saber do que sofre; o que fazer quando dependemos da linguagem para ser o que somos, embora venha dela o que nos traumatiza? Diante de perguntas como estas Ferenczi não hesita: experimenta! Faz, desfaz e refaz. Pensa no impensado, retifica o que pensou, duvida das certezas, e a soma é uma magnífica peça de invenção teórica e sensibilidade clínica. Na mais fiel tradição Freudiana, Ferenczi saiu em busca do trauma perdido, transformando dores proustianas em esperança de uma psicanálise melhor. (p. 9-10)

O que seria “uma psicanálise melhor?” O que era possível ser feito para que outro manejo da técnica se efetivasse? A técnica psicanalítica não necessariamente

melhorou com Ferenczi, mas simplesmente nessa época, a ele é que eram encaminhados os pacientes mais graves. Freud, após algumas entrevistas iniciais, percebia através da sua refinada e original escuta clínica, se aquelas pessoas eram neuróticas ou não, ou em outras palavras, se elas tinham uma estrutura egóica que lhes permitisse suportar o trabalho analítico clássico. Leve-se em consideração que os casos que não eram tidos como neurose poderiam ser os mais diversos, como diversos podem ser os nomes dados a eles. No entanto, não concerne ao propósito de nossa pesquisa investigar ou catalogar a já vasta nosografia psicopatológica, nem discutir possíveis efeitos iatrogênicos decorrentes da sua existência. O que está em jogo é que há uma complexidade subjetiva muito importante e original nessas pessoas “não neuróticas”; e essa complexidade, demandou um alargamento do espectro de abrangência da técnica psicanalítica.

Apesar de ser um dos personagens mais controversos e polêmicos da psicanálise, Masud Khan nos deixou contribuições valiosas sobre o manejo da transferência nos casos graves. Ele tinha um excelente conhecimento da Obra de Freud e foi fortemente marcado por autores como Ferenczi, Melannie Klein, Anna Freud, Balint e Winnicott. Com este último estabeleceu importante parceria de trabalho. O posicionamento estratégico entre as duas principais forças da psicanálise inglesa é, talvez, a principal riqueza das construções teóricas daquele que veio ser chamado de *Middle Group*. Kohon (1994), que foi organizador de uma importante coletânea sobre esta vertente psicanalítica, define aquele como

um grupo espontaneamente formado por uma afinidade teórica, técnica, ideológica e, sobretudo pessoal, que apresentava como característica distintiva o compromisso com a liberdade de pensamento e ação em sua atividade clínica, científica e institucional (p.3).

Diz ainda que este grupo “evidenciava um compromisso de determinados analistas antes consigo mesmos do que com qualquer forma de atrelamento eclesiástico e subgrupos institucionais.”²¹(idem,ibidem)

No prefácio de seu livro *The privacy of the self* (1977), traduzido como *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*, Khan nos traz uma interessante síntese sobre o que

²¹ Essa forma de trabalho assemelha-se muito com a do CPPL.

significa para ele a prática psicanalítica, e apresenta de forma poética seu estilo de trabalho teórico e clínico. O autor parece corroborar o que vimos argumentando desde o início de nosso trabalho, vale dizer, de como esta prática é propiciadora de um crescimento mútuo e dialógico.

A psicanálise é uma disciplina de sensibilidade e perícia, de caráter extremamente privado. A prática da psicanálise desdobra essa privacidade, transformando-a num relacionamento especializado entre duas pessoas, que, pela própria natureza da exclusividade que uma observa em relação à outra, modifica ambas. O que desejo dizer em primeiro lugar a respeito do trabalho apresentado nestes escritos, é que meus pacientes me ajudaram a dar vida e a personalizar meu potencial de pensamento, afetividade e esforço, convertendo-o num modo de viver que considero profundamente satisfatório. Tivesse eu seguido outra carreira, talvez minha vida fosse mais intensa e diversificada, porém nunca tão plena. Meu trabalho com os pacientes me ensinou a ser humilde e a ver a necessidade da dependência que temos *do outro* para sermos e nos tornarmos nós mesmos. (p.19)²²

No artigo *Vicissitudes do ser, do conhecer e do experimentar na situação terapêutica* (1969), Khan propõe trabalhar três aspectos essenciais da prática psicanalítica: o *setting* analítico, a transferência, e as interpretações. Diz ele que “o *setting* analítico é, naturalmente, a ambiência física que o analista proporciona: a sala, a luz, a mobília, o divã e sua presença pessoal”. E ao referir-se a transferência diz que esta “é algo muito especializado que o analista também provê” (p.247-248). Outro ponto destacado por ele é o fato do contexto específico da experiência transferencial remontar ao que Winnicott (1960) chamou de *holding*.²³

(...) a situação analítica clínica é essencialmente modelada na relação mãe-bebê. É aqui que as pesquisas sobre o cuidado com o bebê e as teorias da moderna psicologia do ego ampliaram extraordinariamente o conceito de Freud, mais restrito, tanto o do papel do analista, quanto o do papel da situação analítica. O que Winnicott chama de “o verdadeiro ato de segurar fisicamente a criança”, na situação clínica, metaforicamente e concretamente, é representado pelo papel do divã. O resultado desse *holding* em termos de tempo e espaço para o paciente é a experiência de *ser*.(p.248)²⁴

Outra contribuição importante de Khan, que também antecipa algumas das discussões que estamos propondo em nossa pesquisa, diz respeito à estreita ligação

²² Grifo do autor.

²³ Trabalharemos este e outros conceitos winnicottianos no próximo capítulo.

²⁴ Khan grifa a palavra “ser”, e nos antecipa também outra importante contribuição de Winnicott: a questão da *continuidade do ser*.

entre estes avanços que tomam as relações primárias como principal referência, e o uso da contratransferência. Embora esta seja intensificada no manejo clínico dos casos graves, seu uso é característico da perspectiva das *relações objetais*.²⁵

A questão da contratransferência, como já dissemos, é fundamental na nossa pesquisa. Embora não pretendamos dedicar um tópico exclusivamente ao tema, ele certamente permeia todo nosso texto. No próximo capítulo examinaremos o tema a partir do vértice da teoria de Winnicott. Por ora, Khan nos traz, ainda no mesmo texto, uma importante definição sobre este aspecto essencial do alargamento da transferência psicanalítica.

Estou aqui definindo a contratransferência como uma capacidade não-patológica da afetividade, inteligência e imaginação do analista para compreender a realidade total do paciente. A partícula “contra” no conceito de contratransferência é da maior importância, porque estabelece o fato da separação entre o analista e aquilo com que ele está se identificando, e com o que empatiza na experiência do paciente.

Continuando sua argumentação diz:

É fundamental ter sempre em foco essa distinção entre o *self* do analista e a experiência do paciente na área da contratransferência, porque qualquer falta de clareza das fronteiras neste contexto só acarreta uma confusão clínica de realidades psíquicas. É vital que, na equação clínica, as fronteiras e os processos psíquicos, pelo menos de uma das partes, a saber do analista, fiquem claramente estruturadas e definidas em termos de suas funções e objetivos (idem,p.250).

No texto *Freud e o estabelecimento do enquadramento terapêutico*, Khan (1970) faz uma explanação sobre a invenção freudiana, mais especificamente sobre o *ambiente* inédito inaugurado por Freud, onde se instala a transferência. Diz ele:

(...) com a costumeira integridade, Freud definiu muito claramente o tipo de sofrimento que poderia ser tratado no seu enquadramento terapêutico. O paciente psicanalítico clássico pode ser descrito como uma pessoa cujo funcionamento psíquico e desenvolvimento emocional já alcançaram um grau de maturidade que lhe permita relacionar-se com o outro, que possa manter o

²⁵ Há uma crítica, por parte de alguns psicanalistas, à chamada “psicologia do ego”. Esta é vista de forma preconceituosa, provavelmente porque pensada como sinônimo de “psicanálise americana”. No entanto, o trabalho iniciado pelos ingleses e complementado pelos americanos, tem um olhar mais voltado às questões arcaicas ligadas aos processos de formação do ego, justamente porque, naquilo que Freud chamou de *neuroses narcísicas*, as maiores dificuldades dizem respeito a esta instância psíquica.

mínimo de fé e confiança diante do fracasso desanimador; que, no curso do seu desenvolvimento, já internalizou as relações interpessoais importantes e experiências com seu ambiente e que possa, quando ajudada, dar-lhes expressão simbólica. (p.166).

Após esclarecer o que seria o neurótico freudiano, o autor nos fala que, os outros *estilos* considerados por Freud como inadequados à técnica psicanalítica seriam os casos de *loucura* ou *psicoses*, bem como outras dificuldades de ordem *narcísicas*. Em termos do que evoluíram tanto a psicanálise como a psiquiatria, incluiríamos também aí os casos - *limites* ou *borderlines*. Mais adiante ele alega que

é claro que nos últimos quarenta anos, a situação mudou radicalmente; o refinamento do enquadramento terapêutico de Freud e a compreensão de como funciona nos permitiram tratar de casos que exigem do analista muito mais *participação* na doença do paciente do que antes, na situação analítica original, clássica. (Ibid.).

Khan (1980), ao fazer referencia as elaborações de Freud sobre as chamadas *neuroses narcísicas* diz:

Quando os conflitos são sérios, a relação do ego à realidade, ela mesma pode sofrer as distorções. Admite-se geralmente que, nestes casos, o ego não perde nada da sua coerência nem de sua unidade essencial. As síndromes clínicas onde o caráter do ego sofre uma deformação patológica, Freud as denominou “neuroses narcísicas”. Supôs-se que elas não eram diretamente acessíveis à técnica ou a terapia analítica. Nas neuroses de transferência, diferentemente do que se passa nas neuroses narcísicas, a capacidade de investimento do objeto fica intacta, apesar de todas as inibições dos recalques. (p.130)

E mais adiante, afirma que “uma compreensão mais aprofundada da relação transferencial e da situação analítica permitiu explorações clínicas da natureza da patologia do ego nas neuroses narcísicas” (idem, ibidem).

A descoberta da transferência por Freud foi o “pulo do gato” do trabalho clínico psicanalítico. Aquilo que, a princípio, parecia ser um impedimento às suas intervenções terapêuticas, passou a ser a mola-mestra de seu trabalho. E, apesar de ter privilegiado o campo das neuroses em sua clínica, teve humildade para encaminhar para outros analistas os pacientes mais graves que recebeu. Entre estes colegas, o próprio Freud destaca a habilidade clínica de Ferenczi que, por sua vez, criou as bases para uma

importante vertente psicanalítica, na qual se inserem autores como Balint e Winnicott. As contribuições de Masud Khan nos trazem de forma sólida e consistente alguns aspectos fundamentais sobre o alargamento da transferência; e nos mostram como os avanços da teoria da clínica psicanalítica apontaram caminhos possíveis para o trabalho com pacientes graves.

III – WINNICOTT E A CLÍNICA CEPEPELIANA: ESPONTANEIDADE, CRIATIVIDADE E HOLDING.

Neste capítulo final dividiremos nossa escrita em duas partes: na primeira estaremos trabalhando as idéias de Winnicott; e na segunda faremos um retorno a Clínica Cepepeliana, fazendo um aprofundamento teórico acerca da transferência subjetal.

No que tange às idéias winnicottianas, iniciaremos falando de Winnicott por outros autores, e, através das contribuições destes, anteciparemos algumas reflexões sobre os principais conceitos criados por aquele. No segundo momento, traremos algumas noções conceituais básicas de sua teoria, para depois examinar alguns textos onde ele trabalhou diretamente o tema da transferência e da contratransferência. E, finalizando o capítulo, faremos um aprofundamento acerca da Clínica Cepepeliana e da *transferência subjetal*.

3.1 - Winnicott por outros autores: discussão inicial de alguns conceitos

É comum em grupos de estudo, seminários e no mundo acadêmico, discutir-se qual o caminho mais interessante para se estudar um autor. Alguns defendem leituras introdutórias a partir de outros autores para uma posterior verticalização nas idéias, indo “direto na fonte”, como se costuma dizer. Em nossa opinião, a leitura de autores que trabalham com determinado tema, ou autor, é fundamental, porque nos dá a possibilidade de encontrarmos *posicionamentos semelhantes* aos nossos fortalecendo e referendando nossas próprias idéias. Por outro lado, também a *discordância* - e incluem-se aí as outras linhas de trabalho em psicologia clínica – nos conduzem a um horizonte de amadurecimento. Naturalmente, isso demanda um reconhecimento da limitação daquilo que acreditamos, tanto em termos clínicos quanto teóricos, além da consciência de que, talvez, a grande riqueza da teoria psicanalítica seja, justamente, sua diversidade de concepções, por vezes distintas e até antitéticas, sobre a transferência e seu manejo clínico. Isso transcende às celeumas teóricas, ou pelo menos deveria.

Se temos na psicanálise a matriz freudiana fundamental que citamos acima, poderíamos perfeitamente usá-la como um ponto de intersecção e diálogo. E é nesse ponto, também, que nossa passagem pelo CPPL foi bastante rica, pois nesta instituição este diálogo acontece de forma espontânea porque os olhares e ouvidos estão focados no sofrimento das crianças e suas famílias, bem como nos modos de intervenção para ajudá-las. No centro da discussão está a psicanálise, e não Winnicott, Klein, Lacan ou qualquer outra força, tradição ou doutrina psicanalítica.

Temos no Brasil grandes psicanalistas que trabalham a teoria da clínica com uma referencia em Winnicott. Alguns deles, como Jurandir Freire Costa, tiveram um percurso em Lacan antes de interessarem-se pelo psicanalista inglês.²⁶ O mesmo ocorre com Benilton Bezerra Jr. Destacam-se ainda as elaborações de Luis Cláudio Figueiredo, Gilberto Safra, entre outros. Vale destacar que, embora eles façam constantes referencias as idéias de Winnicott, não se dizem “winnicottianos”.

Somos da opinião de que por mais que nos identifiquemos com um autor, se faz necessário que sua teoria funcione como uma espécie de pano de fundo que propicie algum aporte para nossa atividade clínica e não como um proceder *a priori* pouco produtor e, por vezes, intrusivo para o paciente. Se no meio acadêmico é necessário um percurso que inclua o doutoramento para que o pesquisador fale em nome próprio, o mesmo não ocorre na clínica. Nesta, uma outra escrita pessoal se faz a cada dia, no caminhar em parceria com o paciente.

O psicanalista americano Thomas Ogden (2002), em artigo intitulado *Lendo Winnicott*, faz uma interessante reflexão sobre o estilo pessoal e criativo utilizado por este em sua obra. Focando exclusivamente o texto *O desenvolvimento emocional primitivo*, inicia seu artigo afirmando que

Na escrita, estilo e conteúdo são inseparáveis. Quanto melhor a escrita, mais essa interdependência é utilizada a serviço da criação de significado. Recentemente, percebi que a única forma de fazer justiça ao estudo e ao

²⁶ Em jornada do Círculo Psicanalítico de Pernambuco, realizada em 2005, uma pessoa questionou, num tom que fazia transparecer um grande incomodo, porque ele trabalhava com Winnicott. Apesar de ter respondido que utilizava Winnicott porque as idéias deste facilitam a reflexão sobre os modos de sofrimento atuais, disse também que tinha em sua clínica “pacientes que são mais freudianos, outros mais lacanianos”. Longe de apontar para um ecletismo irresponsável e incoerente, pensamos que este é um posicionamento pragmático que não corresponde a uma falta de rigor epistemológico.

ensino de Winnicott é ler seus artigos em voz alta, linha por linha, como faria com um poema, explorando o que a linguagem está fazendo em acréscimo ao que ele diz. Não é exagero dizer que muitas passagens dos artigos de Winnicott merecem ser chamadas de poemas em prosa. (p. 737)

E finalizando seu texto diz:

Estar vivo (mais do que num sentido operacional) é estar constantemente em processo de fazer coisas próprias, sejam pensamentos, sentimentos, movimentos corporais, percepções, conversas, poemas, ou artigos psicanalíticos. A escrita de Winnicott, comparada a todos os outros psicanalistas é a que melhor presta testemunho da relação mutuamente dependente e vivificante de vida e arte. (p.753)

No ano do centenário de nascimento de Winnicott houve, no Brasil, um seminário intitulado *Winnicott na PUC - 100 anos de um analista criativo*. Deste evento, surgiu uma coletânea na qual consta um texto de Maria Ivone Accioly Lins que foi posteriormente colocado no site do Espaço Winnicott, do qual a autora faz parte. Vejamos alguns trechos deste artigo que merecem destaque.

O tema da agressividade em Winnicott, apesar de fortemente marcado pelas idéias de Klein, tem um outro significado. Lins (1997) ao comentar esse assunto, circunscreve, assim como Ogden, o estilo do pensamento winnicottiano.

Por temperamento, Winnicott era mais inovador que conservador. Ao mesmo tempo em que afirma: “é impossível ser original sem se apoiar sobre a tradição”; diz: “os adultos amadurecidos levam vitalidade para o que é antigo e ortodoxo, recriando-o após destruí-lo”. A palavra destruição neste contexto não tem, para Winnicott, um sentido negativo. Para ele, a essência da criatividade está no processo de destruição e recriação dos objetos. Esta idéia faz parte de sua teoria das relações objetais. Utilizando a metáfora da relação do bebê com o seio materno, propõe que a destruição do objeto-seio, na fantasia, precede o uso criativo dos objetos. Sua contribuição original à teoria psicanalítica pode ser assim entendida: um esforço para recriar, de maneira pessoal, aspectos de uma teoria imaginariamente destruída por ele. (p.13)

Os modos de funcionamento psíquico e a intensidade do sofrimento emocional sempre tiveram, para Winnicott, uma estreita relação com os processos arcaicos de formação do psiquismo. Embora este modo de pensar tenha sido inaugurado por Freud e seja um consenso entre os psicanalistas, foi ele quem a partir das influências de

Ferenczi e Balint, deu um destaque especial para os primeiros meses, ou mesmo os primeiros dias de vida do bebê. É aí que entra a concepção clínico-conceitual de sua teoria, que no decorrer deste capítulo estaremos discutindo. A contribuição de Lins sobre este assunto é elucidativa:

Para Winnicott, as doenças psíquicas, particularmente as mais graves, tinham a ver com perturbações que ocorreram durante as fases iniciais da formação do psiquismo, quando o meio ambiente da criança é constituído pelas relações familiares. Admitindo que cada indivíduo tem uma experiência singular de seu ambiente devido a fatores pessoais, insiste na idéia de que um ambiente real, experimentado como facilitador é requisito indispensável ao desenvolvimento saudável das potencialidades do indivíduo. (idem, p.14)

Ambiente, *holding* e cuidados maternos estão no núcleo central do modo como Winnicott construiu sua perspectiva teórico-clínica. Sobre esses aspectos, complementa:

Este ambiente é inicialmente a mãe, ou quem exerça sua função entendida como: segurar o bebê - no início literalmente e, cada vez mais, no sentido figurado de apoio psicológico; manuseá-lo, através dos cuidados necessários a sua sobrevivência, e apresentar-lhe o mundo em pequenas doses. Inicialmente, diz Winnicott, a mãe exprime seu amor através dos cuidados físicos, procurando adaptar-se realmente de maneira ativa e criativa às necessidades do seu filho. (idem, ibidem)

Quando se faz referencia a um autor, geralmente fala-se um pouco de sua vida. Esses dados biográficos são interessantes, principalmente se fizermos um esforço para compreender sem interpretar, as prováveis relações entre as idéias do autor e sua própria vida. Não estamos propondo isto aqui, mas alguns dados pessoais de Winnicott, mesmo não sendo imprescindíveis para nossa discussão, têm alguma relevância.

Winnicott fez sua primeira graduação em Biologia, e nesta primeira formação foi fortemente influenciado pela obra de Darwin, em especial *A origem das espécies*. (Bezerra Jr. 2007) Posteriormente graduou-se em Medicina e antes mesmo de concluir o curso serviu como estagiário num *destroyer* durante a guerra. Esta e outras *experiências de privação* testemunhadas por ele, propiciaram as primeiras idéias acerca do que ele posteriormente denominou *a tendência anti-social*.

Por sentir grande dificuldade de recordar o que acontecia em sua vida onírica, passou a buscar leituras sobre os sonhos, e terminou por ter um primeiro contato com a obra inaugural da psicanálise.²⁷ A partir desse interesse pela teoria psicanalítica, iniciou uma longa análise com James Strachey. Entrou para a Sociedade Britânica de Psicanálise, e teve como supervisora ninguém menos do que Melanie Klein. Apesar de ter sido fortemente influenciado pelas idéias desta, teve a coragem de defender e construir, com obstinação e alguma humildade, sua própria teoria. Esta, segundo o próprio Winnicott, foi alicerçada pela prática simultânea da pediatria e da psicanálise, além do diálogo com outros saberes. Segundo Lins

Durante muito tempo, Winnicott foi um caso singular na medicina: um pediatra em formação analítica. Não resta dúvida que sua experiência como pediatra teve um grande impacto, tanto sobre sua teoria do desenvolvimento afetivo, como sobre sua prática analítica cujo modelo do enquadramento não era o modelo do sonho, mas a relação mãe-bebê. Da observação das mães com os bebês nasceu nele a convicção de que existe um processo natural do desenvolvimento que não deve ser interrompido, e essa convicção serviu de fundamento para sua teoria do self. (Idem, p.3)

Ainda no mesmo texto, no tópico intitulado *Tendências filosóficas do pensamento inglês*, Lins ressalta a influência da filosofia empirista nas idéias de Winnicott. Segundo a autora, “ele dizia que suas idéias eram apenas tentativas de compreensão, e acreditava que aprendia mais com seus erros com os pacientes do que com seus sucessos.” Com isso “as falhas do analista tinham muitas vezes, para ele, um valor positivo para o desenvolvimento do tratamento.” (idem, ibidem) Lins alega ainda que

O pragmatismo do empirismo inglês também exerceu profunda influência em Winnicott. Como ressalta Masud Khan, Winnicott era um homem prático que tinha os pés firmemente plantados na realidade, pouco afeito a ver a teoria como a construção de um sistema idealmente abrangente. O desenvolvimento de suas **teorias**, diz Khan, **tinham sempre como propósito auxiliá-lo no trabalho terapêutico.** ²⁸(p.4)

²⁷ *A interpretação dos sonhos.*

²⁸ Grifos nossos.

Logo em seguida, porém, a autora fala da insatisfação de Winnicott com o viés excessivamente empirista da prática médica, e que a psicanálise lhe trazia um alívio em relação a esta forma cartesiana de se pensar o sofrimento humano. E complementa:

Winnicott dará ênfase às noções de criatividade primária e de percepção criativa da realidade, algo cuja definição implica na consideração de um núcleo pessoal inato, e não apenas de informações obtidas primariamente através dos órgãos dos sentidos. Para Winnicott, a percepção criativa da realidade é uma experiência do *self*, núcleo singular de cada indivíduo. Noções deste tipo indicam uma tendência mais existencialista que empirista no pensamento de Winnicott. (Idem, ibidem)

O psicanalista Benilton Bezerra Jr. e o filósofo Francisco Ortega (2007) organizaram uma importante coletânea intitulada *Winnicott e seus interlocutores*. Nela é possível encontrarmos, além deles, outros nomes de peso como Luis Cláudio Figueiredo e Octavio Souza. Na apresentação, os organizadores fazem uma interessante síntese sobre os artigos do livro. Traremos, portanto, alguns trechos da referida introdução. Como já dissemos, à medida que vamos examinando as idéias de Winnicott por outros autores, vamos adentrando em seus principais construtos teóricos.

Por conta de suas premissas naturalistas e do estilo quase coloquial presente em seus escritos, que revelam a ausência de uma formulação mais claramente sistemática de seu pensamento, Winnicott foi com frequência considerado um psicanalista de consistência menos substantiva, cuja teoria se aproximava excessivamente de concepções do desenvolvimentismo psicológico e cuja clínica estaria comprometida, de forma enviesada, com ideais culturais de adaptação. A releitura atual de sua obra tem contribuído para desfazer essa caricatura e para trazer ao debate um dos pensamentos mais originais, fecundos e inovadores que a psicanálise conheceu em seu primeiro século de existência. (p.7-8)

Sobre as possíveis razões da “retomada do interesse pela psicanálise winnicottiana”, alegam os autores que esta se deve a abertura que a teoria de Winnicott nos dá para pensarmos “certos aspectos da vida psíquica postos em destaque pela cultura atual”. Nesse contexto, a teoria do desenvolvimento emocional traria subsídios para enfrentarmos o desafio de criar, em nossos dispositivos terapêuticos, formas para lidar com “um grande número de condições psíquicas fortemente resistentes” ao modelo psicanalítico tradicional, feito através da “interpretação verbal e da análise de

conflitos inconscientes” (p.8). Continuando a apresentação do livro, Bezerra Jr. e Ortega dizem:

Os chamados casos inclassificáveis, *borderlines* ou casos limites não são os únicos a apresentar esta paisagem psíquica resistente aos agenciamentos clínicos tradicionais. Boa parte dos quadros mais comuns da psicopatologia atual (adições, compulsões, anorexias, e bulimias, depressões distímicas etc.) parece conter aspectos fenomenológicos diferenciados dos quadros tradicionalmente conhecidos, caracterizando-se também por uma vivência de sofrimento que encontra muitas dificuldades de transcrição na linguagem dos conflitos psicológicos. (idem, ibidem)

E complementando, afirmam que:

A teoria winnicottiana, ao situar a experiência do psicossoma no centro de sua descrição da vida psíquica e estender o campo da subjetividade individual para além das fronteiras da interioridade psicológica, oferece instrumentos conceituais e práticos inestimáveis para o manejo destas situações clínicas. (idem, ibidem)

A questão relativa aos modos de funcionamento psíquico, a qual utiliza recursos arcaicos de expressão da vida afetiva, é um aspecto central em nossa pesquisa. A experiência clínica em consultório, bem como em instituições que cuidam de pacientes em sofrimento psíquico intenso, nos traz uma série de indagações que estimulam e norteiam nosso *estudo e trabalho clínico*. Como já frisamos, há uma relação dialógica constante entre ambas as dimensões (teórica e clínica), embora nem todos pensem assim. Acreditamos inclusive que, pensando e clinicando deste modo, estamos talvez num lugar similar ao *espaço transicional* proposto por Winnicott. Uma área intermediária, intersubjetiva, onde espontaneidade e criatividade irão guiar o trabalho e o manejo da transferência. E o brincar não é, necessariamente, algo exclusivo da capacidade da criativa da criança. Adultos podem brincar com as palavras. Brincar é uma forma interessante de lidar com a angústia.

Já citamos relações entre Winnicott e outros autores da psicanálise. Mas é também nesse ponto que Bezerra Jr. & Ortega comentam como ele se coloca em relação ao seu peculiar estilo de trabalho, bem como suas influências.

A obra de Winnicott pode ser lida como fruto de uma intensa conversação entre ele e seus pares psicanalistas, que se desenvolveu ao longo de toda sua elaboração. Seu diálogo fundamental foi com a obra de Freud e Klein, com quem conviveu. A característica da relação de Winnicott para com eles pode ser descrita como sendo simultaneamente de filiação e afastamento, proximidade e disjunção. (2007, p.10)

No artigo *Winnicott e Merleau-Ponty: o continuum da experiência subjetiva*, Bezerra Jr. busca relacionar as idéias destes pensadores que foram contemporâneos. Comenta ser “no mínimo curioso” que, tendo um bom “conhecimento do cenário psicanalítico”, o filósofo jamais tenha “se dedicado ao trabalho do psicanalista inglês. Lacan, que conhecia e admirava a obra de Winnicott, foi o interlocutor comum que ambos tiveram” (p.35). Naturalmente, não nos será possível entrar nesse fértil dialogo entre psicanálise e filosofia, mas vale uma breve passagem para examinar de forma sumária, o modo extremamente claro com que o autor articula as principais idéias de Winnicott.

No início do tópico *Winnicott e a Natureza Humana*, diz o autor que

não há duvida de que Winnicott produziu uma das leituras mais instigantes e inovadoras da obra de Freud e de seus contemporâneos. Somente Lacan rivalizava com ele em originalidade e fecundidade na imaginação teórica e sensibilidade clínica. Em grande parte isso se deve ao modo particular como cada um se apropriou da tradição psicanalítica. Ambos foram fortemente marcados pelo contato com outros campos do pensamento, o que fez com que lessem os conceitos fundamentais da psicanálise e vissem os problemas da clínica sob uma luz diferente, o que lhes deu a possibilidade de pensar em novos moldes alguns aspectos nucleares da teorização psicanalítica. (Idem, p. 36-37).

Mais adiante aponta o autor que, em Lacan, originalidade e criatividade surgiram a partir do contato com o estruturalismo lingüístico, a antropologia, e a filosofia hegeliana. Nessa perspectiva, a experiência psíquica aconteceria “como resultado de uma estruturação imposta de fora à vida biológica, acentuando a diferenciação natureza-cultura, e ancorando o processo de subjetivação do segundo lado da equação.” (idem, p.37) A perspectiva de Winnicott partiria “praticamente do pólo oposto”, posto que nela houvesse uma ênfase na natureza humana, pensada sempre em relação com os processos naturais de desenvolvimento, e estes por sua vez

estariam ligados a relação com o ambiente. Aqui Bezerra comenta o vitalismo winnicottiano:

Esta ênfase na tendência inata ao desenvolvimento e a autocriação caracteriza o *vitalismo* winnicottiano²⁹, que nada tem a ver com concepções fisicalistas ou determinísticas presentes em muitas formas de naturalismo reducionista. Este vitalismo simplesmente assinala a convicção fundamental de Winnicott de sermos, antes de sujeitos da cultura, seres vivos, naturais.

E dá continuidade ao seu raciocínio, afirmando que

a fonte daquilo que em algum instante do desenvolvimento surge como uma subjetividade organizada é a própria vitalidade dos tecidos, que se desdobra em motilidade e erotismo. É este movimento inerente à vida que impulsiona o processo de personalização e de integração egóica. (idem, ibidem)

Finalizando o tópico *Winnicott e a natureza humana*, Benilton diz que, para Winnicott, “a pouca importância concebida a esta dimensão natural, pré-social, da experiência humana” estaria na base de “um entendimento muito pouco claro acerca dos primórdios da vida psíquica e de certas patologias muito graves como a esquizofrenia e os chamados casos-limite ou *borderlines*.” (idem, p.38).

No início do tópico *Os primórdios da vida psíquica*, o autor nos fala que bem cedo Winnicott chegou à conclusão de que “as teorias sobre o aparelho psíquico à sua disposição”, alicerçadas sempre no modelo edipiano, “apresentavam uma lacuna importante”. Nelas não era possível dar conta “nem da variedade de fenômenos do processo gradual de constituição do *self*”, que são anteriores ao Édipo, “nem das dificuldades emocionais vividas em estágios muito precoce pelos bebês”(idem, ibidem)

Mesmo não sendo nosso objetivo aprofundar este texto de Bezerra Jr., a clareza com que o autor trabalha as idéias de Winnicott nos obriga a citar uma importante passagem, ainda no tópico sobre “os primórdios da vida psíquica”, na qual o autor faz referência (novamente) a questões centrais de nossa discussão.

²⁹ Grifo do autor.

O pouco entendimento acerca dos primórdios da vida psíquica e de suas conseqüência para a vida adulta tinha ainda, para Winnicott, efeitos negativos sobre o horizonte do trabalho clínico. Ao valorizar de maneira quase que exclusiva o campo representacional do psiquismo e o universo das relações intersubjetivas, os analistas haviam praticamente circunscrito a ação clínica de variadas modalidades de prática interpretativa. Com isto, a seu ver, acabavam desprovidos de instrumentos para lidar com os fenômenos transferenciais e aspectos da vida subjetiva refratários à transformação por meio da interpretação verbal de fantasias e desejos inconscientes recalçados. Isto porque esses fenômenos estão referidos ao campo da experiência não-discursiva, pré-reflexiva, a experiências muito primárias vividas no momento de dependência intensa do indivíduo em relação ao ambiente e num tempo anterior à aquisição do equipamento lingüístico. (idem, p.40)

3.2 - Winnicott por ele mesmo: teoria e manejo da transferência.

A teoria do amadurecimento articula-se com a vivencia da transferência de tal forma que, se pensássemos uma divisão - teoria de um lado e manejo clínico do outro - perderíamos aspectos fundamentais de nossa discussão. E, nesse caso, não nos referimos simplesmente a uma identificação com as idéias de nosso principal autor de referência; estamos falando de uma forma de *pensar a clínica* de modo intensamente vivo, no qual a abertura para a reformulação está diretamente ligada à criatividade. Isso pode ser encontrado na obra de Winnicott e na *clínica cepepeliana*:

A convivência no meio universitário e psicanalítico confirma aquilo que, apesar de importante, não traz nada de novo. Vale dizer, o *link* quase automático que se faz entre Winnicott e a noção de *mãe suficientemente boa*. No entanto, aqueles que não se aprofundam em sua teoria, e, principalmente em uma prática clínica inspirada nela, têm uma leitura precipitada e pouco substantiva sobre este conceito fundamental que, além de estar no centro de uma teoria, aponta para um manejo tão diferenciado, principalmente em se tratando de casos graves, que talvez compreendamos a acusação de que “isso não é psicanálise”.

Na clínica winnicottiana, de modo geral, é dada grande importância àquilo que Winnicott chamou de “gesto espontâneo.” Embora este não seja algo que ocorra em toda sessão, o trabalho analítico é composto de pequenos gestos, e, principalmente, de um caminhar em que se tem: uma *parceria* quase declarada ao invés de *oposição*; um posicionamento de *humildade*, e mesmo de reconhecimento de inevitáveis erros ao

invés de uma (aparente) *auto-suficiência*. Essa questão da importância dada por Winnicott aos erros ou falhas do analista é comentada por Grolnick (1993). O autor faz referência a uma situação clínica descrita por Winnicott que comentaremos brevemente. Em seguida retornaremos ao tema da mãe suficientemente boa.

O paciente em questão vinha de uma outra análise, na qual havia trabalhado basicamente conteúdos de um sofrimento de ordem neurótica, que continha os conflitos edípicos que lhe são característicos. Mesmo com o fim desta primeira análise, sentia-se ainda muito desconfortável em relação a si mesmo, motivo que o levou a procurar um segundo tratamento com Winnicott. Em uma determinada sessão, este estava cansado por não ter dormido bem na noite anterior, e também por estar sentindo os primeiros sintomas de uma virose. Por conta desse estado físico, Winnicott adormeceu por alguns segundos. O paciente deu continuidade ao que estava falando, mas depois criou coragem e perguntou se a mudança no ritmo da respiração do analista se devia ao fato de ter este adormecido.

Diz Winnicott que, num primeiro momento, pensou em usar a queixa do paciente de modo interpretativo, e assim estaria se protegendo. Porém, resolveu dizer a verdade, confessando-lhe então a sua falha como sendo decorrente de seu estado de saúde e de sua noite mal dormida. O paciente disse não acreditar que Winnicott assumiria seu erro, e chorando disse-lhe que sua angústia estava ligada a um período mais arcaico de sua vida, no qual seus pais, além de não o reconhecerem enquanto uma pessoa total, esforçavam-se sempre para não mostrar suas próprias falhas. Era também com esta postura de *pseudo-perfeição*, que seu primeiro analista manejava a transferência. O fato de Winnicott ter reconhecido sua falha terminou por ser um importante ponto para diversas construções feitas por ambos, mas, principalmente, porque criou um vínculo que propiciou um importante crescimento para o paciente.

A partir dessa vinheta clínica, podemos argumentar algo sobre o conceito de mãe suficientemente boa. Nossa observação anterior acerca da leitura rasa que se tem sobre este conceito não constitui, necessariamente, uma crítica. O “suficiente” diz respeito também ao fato da mãe winnicottiana ser alguém que, como qualquer ser humano, falha, e, portanto não é sempre “boa”. Isso significa que, a mãe, assim como o analista, não são pessoas ideais, perfeitas, embora no início da vida (ou da análise) o

bebê (ou o paciente) possa ter essa impressão. Com o tempo a mãe/analista deixa de ser *um objeto idealizado* e passa a ser *uma pessoa*.

Pelo menos dois tradutores de Winnicott, que estudamos, alegam que existe uma dificuldade de tradução dos termos usados por ele. No caso do referido conceito, a partir do uso de uma linguagem propositalmente simples e acessível aos não-psicanalistas, Winnicott teria usado a expressão *Ordinary Devoted Mother*. A tradução ficou sendo *Mãe Devotada Comum* porque a palavra “ordinária” tem uma conotação pejorativa/negativa em nossa língua. Mas, o termo “ordinário”, se pensado como antítese de “extraordinário”, nos traz uma idéia mais precisa do que Winnicott queria dizer. O que seria então uma mãe ordinária? E uma extraordinária?³⁰

A mãe comum, segundo Winnicott, seria aquela pessoa em que é possível encontrarmos uma devoção ao bebê, na qual haveria uma importante identificação, quase que fusional, para com este. A mãe teria nas primeiras semanas uma espécie de “doença”, que a deixaria sempre ligada ao bebê. Apesar de ser esta a experiência habitual, daí ele chamar de “comum”, há aquelas mães que, por sua própria experiência pessoal ou, por qualquer outro motivo, não possuem essas virtudes próprias do cuidar humano. Incluem-se neste rol as mães que têm modos de funcionamento psicótico ou esquizóide, ou as que atravessam outros estados psicopatológicos graves, como as depressões (pós-parto ou não). A mãe, principalmente no início, é sinônimo de vida para o bebê, que ainda não se percebe enquanto uma pessoa separada. Mas não é a vida que ele encontra no olhar de uma mãe que sofre³¹. Lembremos, porém, que, mesmo nesses casos a mãe intuitivamente procura uma irmã, uma prima, ou mesmo a sua própria mãe, para que o bebê não sofra tanto com estado mórbido em que ela se encontra.

Outro aspecto importante para o desenvolvimento emocional primitivo do bebê, diz respeito à capacidade da mãe de ter rotinas. Os intervalos entre as mamadas, a relação presença-ausência, e um mínimo de estabilidade no humor, são fatores diretamente ligados a esse *continuum* essencial. A regularidade e a constância, durante os cuidados

³⁰ Vale ressaltar que não encontramos nos textos de Winnicott uma referência a expressão “mãe extraordinária”, embora nos pareça claro o que estamos tentando articular.

³¹ Para um maior aprofundamento neste assunto, sugerimos a leitura do texto *O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil*, do livro *O brincar e a realidade*. (Winnicott, 1975).

maternos primários, estão na base do que Winnicott denominou de *sentimento de continuidade do ser*. Ou seja, é a partir dessas experiências que o bebê sente ser possível confiar no ambiente. E, se na análise de adultos esse fator da continuidade é importante, com crianças essa importância é ainda maior. Tanto aqueles como estas possuem suas fantasias inconscientes, muitas delas de *destruição do objeto*. E, para ambos, é importante saber que mesmo que se fale uma grosseria ou que se saia chorando e xingando porque “queria brincar mais”, na outra sessão o analista estará lá, *vivo... e respirando*.³²

Esta questão da continuidade nos abre espaço para uma outra noção clínico-conceitual de Winnicott: a noção de *sobrevivência do analista*. Nesta, teoria e transferência, entrelaçam-se novamente. Pelo fato de existir uma relação entre esta sobrevivência e o *Ódio na Contratransferência*, iniciaremos uma reflexão sobre alguns pontos do texto homônimo de Winnicott, escrito em 1947.³³ Finalizando este capítulo, examinaremos o texto *Contratransferência*, de 1960.

No início do texto, alega o autor que “gostaria de examinar um dos aspectos da ambivalência, a saber, o ódio na contratransferência”(2000,p.277). Diz ainda que a análise com pacientes psicóticos é “intensamente afetada por esse fenômeno”, o que significa que nesse tipo de análise “o ódio do próprio analista” deve estar “muitíssimo discernível e consciente”. Ao fazer referencia a uma provável necessidade de mais análise do analista, diz que “a análise de um psicótico é irritante, se a compararmos com a de um neurótico, e que isto lhe é inerente”.

O que Winnicott afirma adiante, de certa forma reforça o comentário que acabamos de fazer acima. Segundo ele, este ódio é algo que está presente para todos os profissionais que trabalham com estes pacientes, em especial a enfermagem psiquiátrica. E ainda que o seu artigo contenha uma reflexão que se refere à psicanálise, “ela é verdadeiramente importante para o psiquiatra”, ainda que este tenha uma forma de trabalho que não leve jamais em consideração o “relacionamento do tipo

³² Esta é sua maneira (do analista) de tentar propiciar, via transferência-contratransferência, a continuidade para o paciente, independentemente de sua idade ou modo de funcionamento psíquico. As palavras grifadas dizem respeito a uma expressão do próprio Winnicott.

³³ Mas podemos adiantar uma frase do texto em que ele diz: “O analista deve dispor de toda a paciência, tolerância e confiabilidade da mãe devotada ao bebê”. (2000, p.287)

analítico com os seus pacientes” (idem, p.277-278). Do alto de sua prática clínica e seus vãos teóricos, diz Winnicott:

A fim de ajudar aos que praticam a psiquiatria geral, o psicanalista deve estudar os estágios primitivos do desenvolvimento emocional do indivíduo enfermo, mas deve estudar também a natureza da carga emocional que recai sobre o psiquiatra ao fazer o seu trabalho. O que nós psicanalistas chamamos de contratransferência é algo que precisa ser compreendido também pelos psiquiatras. Por mais que estes amem seus pacientes, não podem evitar odiá-los e temê-los, e quanto melhor eles o souberem mais difícil será para o medo e o ódio tornarem-se motivos determinantes do modo como eles tratam esses pacientes. (idem, p.278)

De fato, os psiquiatras, em especial os que trabalham em hospitais, estão numa condição de maior vulnerabilidade a esses sentimentos que podem vir a dificultar ainda mais um trabalho já bastante difícil. Embora alguns psiquiatras sejam também psicanalistas, e outros conheçam superficialmente a psicanálise e reconheçam a sua importância no que diz respeito a etiologias de um modo geral, há aqueles – que talvez sejam a maioria – que costumam trabalhar na chamada “linha biológica.” Para estes, o sofrimento emocional estaria muito mais ligado a disfunções orgânicas do que propriamente a fatores ambientais.³⁴

Apesar desta vulnerabilidade, os psiquiatras e demais médicos, têm o recurso dos fármacos como principal aliado nas intervenções terapêuticas. E, certamente, podem através daqueles, criar uma necessária separação entre eles e seus pacientes. É como se os remédios pudessem encobrir as dificuldades inerentes ao vínculo, e o tratamento é diversas vezes focado nessas disfunções neuroquímicas. No caso, tanto do psicólogo como do psicanalista leigo, ou ainda do psicanalista médico que se recusa a medicar os pacientes em análise, não se tem esse recurso. Então, tudo precisa ser trabalhado através do manejo clínico da transferência, e muitos pacientes, mesmo tratados a partir

³⁴ Durante nossa graduação, e mesmo depois dela, tivemos a oportunidade de trabalhar diretamente com dois psiquiatras muito bons. Com o primeiro deles, em um Hospital Psiquiátrico Estadual, tivemos oportunidade de participar de Seminários durante um estágio de dois anos. Como já estudávamos psicanálise, tínhamos oportunidade de ter boas conversas com este que foi também nosso supervisor. Em uma delas, ele fez referência a esta grande contribuição da psicanálise no que diz respeito a psicogênese dos quadros patológicos. Outra vez, em um seminário, comentou que antigamente existiam diversas correntes teóricas dentro da psiquiatria, tal qual ainda ocorre com a psicologia e a psicanálise. E, lamentou este fato argumentando que, a verticalização do conhecimento e o investimento pesado dos grandes laboratórios, terminaram por deixar árido esse terreno que já foi bem mais fértil do que nos dias atuais.

de um manejo diferenciado, terminam não concluindo o tratamento. Isso sem contar os casos em que nós mesmos, inconscientemente, também desistimos.³⁵

Dando continuidade à sua argumentação, Winnicott diz:

A coincidência de amor e ódio é algo que sempre aparece caracteristicamente na análise de psicóticos, dando margem a problemas de manejo que podem facilmente exigir do analista mais do que ele pode dar. Essa coincidência de amor e ódio à qual me refiro é algo distinto da agressividade que complica o impulso primitivo, e implica em que na história desse paciente ocorreu um fracasso do ambiente à época dos primeiros impulsos instintivos em busca do objeto.

E acrescenta que

se for inevitável que ao analista sejam atribuídos sentimentos brutais, é melhor que ele esteja consciente e prevenido, pois lhe será necessário tolerar que lhe coloquem nesse lugar. Acima de tudo ele não deve negar o ódio que realmente existe dentro de si. O ódio que é *legítimo* nesse contexto deve ser percebido claramente, e mantido num lugar à parte para ser utilizado numa futura interpretação. (2000, p.279)

Mas, diante desta *transferência maciça* (Anzieu), na qual os próprios conteúdos e reservas psíquicas do analista são esgarçados por esse “ódio legítimo” referido por Winnicott, como sobreviver? O que teríamos como recurso para não entrarmos num circuito pulsional que, por vezes, diz respeito ao campo da morte? E, por outro lado, como manter a necessária distância psíquica, no intuito de também não sermos enredados na repetição de uma relação arcaica de amor excessivo, logo invasivo, de determinadas mães? Pela posição que estas ocupam é até “politicamente correto” que elas deneguem, ou mesmo neguem, sua raiva e ódio. Com o analista, os sentimentos tomam um outro caminho; mesmo porque a transferência deve propiciar um *vínculo inédito*, um *amor paradoxal*, uma *promessa de separação*. (Ziguris, 1999)³⁶

³⁵ E aqui vale lembrar uma das contribuições de Lacan quando afirma que a resistência é a resistência do analista. Talvez fosse interessante pesquisar o que ele e Winnicott conversaram sobre isso, já que, conforme Bezerra Jr. (2007), existiu esse diálogo. Mas esse aprofundamento não concerne nossa proposta aqui.

³⁶ Com as expressões grifadas estamos fazendo referência a algumas idéias propostas pela psicanalista Rudmila Ziguris. O vínculo inédito diz respeito ao tipo de relação inaugurada por Freud. A partir do vínculo da transferência é possível viver a experiência de um amor não-sexual que, por estar fadado a separação decorrente do fim da análise, carrega em si o inevitável paradoxo de amar sabendo que o objeto de amor será um dia perdido. Se na vida o *ser caminha para a morte* (Heidegger), na análise a *pessoa ama para se separar*.

Voltemos ao texto de Winnicott (2000). Ele irá falar novamente da importância da análise do analista.

A fim de nos tornarmos capazes de analisar pacientes psicóticos, devemos alcançar em nossas análises os níveis mais primitivos em nós mesmos, e este é apenas mais um exemplo de que as respostas para muitos problemas obscuros da prática psicanalítica encontram-se na *análise adicional do psicanalista*.³⁷ (A pesquisa em psicanálise seria, talvez, em algum grau, uma tentativa do analista de levar a sua própria análise em um nível mais profundo que aquele que lhe foi possibilitado pelo seu analista.) (p. 279)

Este comentário nos remete à definição de Masud Khan sobre a contratransferência.³⁸ O uso desta, na perspectiva da já referida escola das relações objetais, é algo central no manejo clínico da transferência dos casos graves. Isso não significa dizer que com as pessoas totais, ou seja, aquelas que alcançaram um bom nível de estruturação egóica, este fenômeno não aconteça. A diferença está no fato de que, com estes, é bem mais raro que tenhamos sentimentos hostis, tão pouco de ódio. Com aqueles estamos vulneráveis a toda uma sorte de boicotes, ataques ao vínculo e/ou ao próprio analista, ligações (invasivas) à noite ou nos fins de semana, e tentativas desgastantes de retomada do contrato terapêutico.

Fazer uso da contratransferência significa, necessariamente, estarmos sempre atentos ao que se passa em nós. Em algumas situações clínicas, geralmente as mais tensas, a contratransferência chega a ser sentida em nosso corpo. (Khan, 1960) Quais os sentimentos que temos em relação a este, ou aquele paciente? Por que acontece de estarmos despertos com um paciente, e estarmos sonolentos com o que vem logo após ele? Se permitirmos que estes pensamentos/ reflexões sigam os trilhos das associações livres propostas por Freud, quase sempre encontramos uma estreita relação entre esses sentimentos, o modo de funcionamento do paciente, e ainda sua dinâmica familiar.³⁹

³⁷ Grifos nossos.

³⁸ Ver segunda parte do capítulo 2 deste trabalho.

³⁹ Esses fenômenos transferenciais são intensificados no manejo da transferência subjetal; daí o papel estruturante da reunião clínica da Terapia Intensiva do CPPL. Nela, a associação livre atinge sua radicalidade. Os profissionais falam tudo o que sentem e pensam em relação às crianças, suas famílias, e ainda em relação aos colegas, posto que os conflitos/ desencontros com estes, quase sempre ocorrem de forma análoga aos conflitos familiares.

Buscando ser ainda mais claro no desenvolvimento de suas idéias, Winnicott (2000) alega que “nas análises mais comuns não é difícil para o analista administrar seu próprio ódio.” E ressaltando, novamente, a necessidade do analista alcançar em sua análise a libertação de “ampos estoques de ódio inconsciente pertencente ao passado e seus aos seus conflitos internos”, enumera “outras razões pelas quais o ódio permanece oculto e mesmo despercebido como tal”(p.280). É como se o analista dissesse a si mesmo o seguinte:

A psicanálise é a profissão que escolhi, é o modo pelo qual posso lidar melhor com a minha própria culpa, é através dela que posso expressar-me de maneira mais construtiva.

Sou pago, ou estou em formação a fim de conquistar um lugar na sociedade através do meu trabalho psicanalítico.

Estou fazendo descobertas.

Tenho gratificações imediatas ao identificar-me com meu paciente que está melhorando, e espero gratificações ainda maiores no futuro, quando o tratamento terminar.

Além do mais, enquanto analista, eu tenho meios de expressar meu ódio. O ódio é expresso pela existência do final da ‘sessão’. (idem, ibidem)

Complementando seu raciocínio alega que “em muitas análises tudo isto é óbvio”, e, portanto, “poucas vezes mencionado”. Por isso, nesses casos, “o analista assume o papel de uma ou outra figura confiável da infância do paciente. Ele fatura o sucesso daqueles que fizeram o trabalho braçal, quando o paciente ainda era um bebê”. Esta descrição, segundo Winnicott, diria respeito ao “trabalho psicanalítico rotineiro, que na maioria dos casos lida com pacientes cujos sintomas são de natureza neurótica”. Já no trabalho com psicóticos, “o analista está sujeito a uma tensão cuja qualidade e dimensão são inteiramente diferentes”.(idem, ibidem)

Como pôde ser percebido, Winnicott faz referências recorrentes a tensões, ódio, hostilidade, porém sempre buscando mostrar o uso - no sentido pragmático do termo – da contratransferência. Mas, além da questão da análise e desenvolvimento emocional do analista, ele faz outras elaborações baseadas em sua própria teoria.

O analista deve estar preparado para suportar a tensão sem esperar que o paciente saiba coisa alguma sobre o que ele está fazendo, talvez por um longo período de tempo. Para consegui-lo ele deve ter facilidade em dar-se conta de seu medo e de seu ódio. Ele se encontra na mesma posição da mãe de um bebê recém-nascido ou ainda não nascido. Mais cedo ou mais tarde poderá

contar por que coisas ele passou a fim de ajuda-lo (ao paciente), mas nem sempre as análises conseguem chegar a esse ponto. Em certos casos o paciente teve tão poucas experiências positivas em seu passado que não há muito sobre o que trabalhar. O que acontece quando não houve experiências satisfatórias no início da vida que o analista possa utilizar na transferência? (idem, p.282)

Nesta passagem, apesar de lançar uma pergunta, Winnicott clarifica ainda mais a questão da estreita ligação entre o manejo da transferência e o desenvolvimento emocional primitivo, na medida em que reforça que aquele vai depender do que foi possível neste. Seguindo adiante no texto, chegamos a um parágrafo que foi citado anteriormente em nosso trabalho, no final da introdução do capítulo 1. Pela importância do mesmo, o traremos novamente:

Perguntei a um colega se ele faz análise no escuro e ele disse: “Ora, não! Certamente nosso trabalho consiste em fornecer um ambiente comum: e o escuro seria algo extraordinário.”. Ele se surpreendeu com a minha pergunta. Orientava-se pela análise de neuróticos. Mas este fornecimento e manutenção de um meio ambiente comum podem ser, em si, uma coisa vitalmente importante na análise de um psicótico, podendo de fato ser, às vezes, até mesmo mais importante que as interpretações verbais a serem feitas. Para o neurótico, o divã, o calor e o conforto podem ser o *símbolo* do amor materno; para o psicótico, seria mais certo dizer que estas coisas *são* a expressão física do amor do analista. O divã é o colo ou o útero do analista, e o calor é o calor vivo do corpo do analista. E assim por diante. (Idem.p.283 - Grifos do autor).⁴⁰

Finalizando o texto, Winnicott alega estar “fora do alcance do paciente perceber que o ódio do analista é muitas vezes deflagrado precisamente por aquilo que o paciente faz a partir de seu modo bruto de amar”; repete que “no manejo rotineiro de pacientes de tipo psicótico, uma forte tensão é imposta ao analista”, e afirma que isso torna

importante o estudo dos modos pelos quais as ansiedades de natureza psicótica e também o ódio são provocados nos que trabalham com pacientes psiquiátricos gravemente doentes. Somente desta maneira poderemos evitar as terapias que se adaptam mais às necessidades do terapeuta do que às necessidades do paciente. (idem, p.287)

⁴⁰ É provável que esta citação tenha inspirado as especulações que fizemos acima sobre “mãe ordinária” e “mãe extraordinária”.

Num texto de 1960, intitulado *Contratransferência*, Winnicott (1983) nos traz uma discussão que seria mais clara se tivéssemos algum contato com as idéias de um autor ao qual ele faz referencia. Esse autor chama-se Michael Fordham, o qual afirma que a transferência não é um produto da psicanálise, e sim um fenômeno mais geral, social e transpessoal. O texto de Winnicott é uma espécie de resposta, um tanto quanto ácida, às idéias de Fordham. Como não é nosso foco entrar no mérito da questão, traremos apenas dois recortes do texto.

A característica da técnica psicanalítica reside no uso da transferência e da *neurose de transferência*. Transferência não é apenas uma questão de relacionamento, ou relações. Ela se refere ao modo como fenômenos altamente subjetivos aparecem repetidamente. A psicanálise consiste principalmente em propiciar as condições para o desenvolvimento desses fenômenos, e a interpretação dos mesmos no momento oportuno. A interpretação relaciona o fenômeno específico da transferência a uma parcela da realidade psíquica do paciente, e isso significa em alguns casos relacioná-la ao mesmo tempo a uma parcela da vida passada do paciente. (p.146)

E, mais adiante, complementa afirmando que “é necessário persistir nisso, porque se não concordarmos acerca do termo transferência, não podemos começar a discutir a contratransferência” (idem, *ibidem*).

No desenvolvimento deste curto texto, o autor fala sobre um ponto que não abordamos até aqui, mas que se faz necessário comentar. Estamos nos referindo à questão da *regressão terapêutica*.

A regressão foi um tema trabalhado por Freud (principalmente no que diz respeito aos estágios do desenvolvimento psicosexual). Mas, as influências de Ferenczi foram fundamentais para o que Winnicott construiu em relação ao que chamou de *regressão à dependência*. Segundo Jan Abram (1996)

pode se dar no *setting* analítico como uma forma de reviver o ainda não experimentado trauma, sucedido no momento da falha ambiental precoce. O *setting* analítico fornece a potencialidade para que o paciente experiencie um ambiente de *holding*, provavelmente pela primeira vez. (p.204)

No entanto, a autora ressalta que, para Winnicott, a *regressão à dependência* é algo importante para todos os tipos de pacientes, e ainda que essa expressão não deve ser

confundida com a noção de paciente *regredido*. Este regride em função de uma falha precoce no ambiente, enquanto aquela estaria ligada à dependência em função da relação transferencial.

Após se referir a casos graves de pacientes “que necessitam de uma regressão”, Winnicott (1983) afirma que

o analista clássico, aquele que aprendeu sua tarefa e confia em sua habilidade de se defrontar com a neurose de transferência à medida em que esta se desenvolve e repetidamente se manifesta, tem muito a aprender com aqueles de quem cuida e com aqueles que tentam fazer psicoterapia com pacientes que precisam passar pelos estágios do desenvolvimento emocional que na verdade pertencem a lactação. (idem, p.150)

Como já foi dito anteriormente, as idéias de Winnicott, mesmo nos textos teóricos, têm sempre uma boa quantidade de material clínico. Ainda que este não seja sempre relativo a casos clínicos, trazem uma perspectiva viva, lúdica e espontânea. Ele brinca com as palavras, numa escrita que versa entre o cômico e o trágico, porém sempre mantendo um núcleo epistemológico que, para nós que o lemos muito, soa até repetitivo; mas o faz de forma tão brilhante, que temos dificuldade de destacar e eleger determinados trechos. Um exemplo disso está no texto *O desenvolvimento emocional primitivo*, de 1945. Neste, ele apresenta seu método de trabalho dizendo:

Não vou fazer uma revisão histórica primeiro e mostrar o desenvolvimento das minhas idéias a partir da teoria dos outros, porque minha mente não funciona assim. Acontece que eu junto isto e aquilo, aqui e ali, recorro à experiência clínica, formo minhas próprias teorias e então por último, interesso-me em saber o que roubei e onde. Talvez esse seja um método tão bom como qualquer outro. (p. 145)

E, mais adiante, reconhece a eficácia da terapêutica freudiana:

Afirmo não ter sido necessária qualquer modificação na técnica de Freud para que a análise se estendesse até englobar a depressão e a hipocondria. Também é verdade que, de acordo com a minha experiência, a mesma técnica pode nos levar a elementos ainda mais primitivos, contanto, naturalmente, que levemos em consideração as mudanças na situação de transferência inerentes a tal trabalho. (1945, p. 271).

3.3 – Terapia Intensiva e transferência subjetal: um retorno à Clínica Cepepeliana

Há uma significativa diferença entre fazer uma reflexão teórica sobre determinados autores com os quais nos identificamos, e fazer o mesmo com autores com os quais tivemos, além da identificação, a oportunidade de trabalhar. No capítulo anterior, falamos das idéias de Winnicott, mas sempre a luz de nossa própria clínica em consultório, composta também de alguns “pacientes graves”. Essa denominação, inclusive, não foi justificada o suficiente até aqui. Afinal, o que são “pacientes graves”? Porque a expressão “dificuldades graves no desenvolvimento emocional”? Tentaremos responder essas perguntas no desenvolvimento deste capítulo.

Não são poucas as categorias utilizadas em psicologia, psicanálise e psiquiatria. O uso delas é quase sempre uma tentativa, muitas vezes ilusória, de controlar os fenômenos (ditos) patológicos ou estruturais. Por mais que os profissionais neguem que esses termos sejam rótulos, terminam sempre por fazer referência aos seus pacientes como “o psicótico”, “o depressivo”, “aquele que tentou suicídio”, etc.; e há uma expectativa da sociedade de que o saber do especialista, em especial o da área psi, circunscreva e nomeie os modos singulares do ser humano em categorias nosográficas de códigos de doenças (CID-10 e DSM-IV). É sedutora, principalmente para nosso ego, a idéia de responder a essas demandas, e angustiante a de ter que aceitar que na clínica a única certeza que temos é a incerteza. Mas, se repetirmos a visão da maioria dos médicos - excessivamente técnica, científica e distante - nem a medicina nem a humanidade precisa de nós.

Estarmos atentos a tudo isso não significa uma preocupação com um (improvável) modo ideal de cuidarmos de nossos pacientes. Mas, vê-los tendo como referência suas patologias tem sérias implicações clínicas, em especial quando o trabalho é voltado para crianças. As crianças nos trazem sempre - no olhar, no movimento do corpo, e na sinceridade do agir - uma esperança (e um convite) para um viver melhor do que aquele em que se encontram, ainda que esse viver se expresse através de um isolamento defensivo, ou de um vínculo simbiótico. E não fazemos referência a um “viver melhor” idealizado na mídia, mas sim um viver com um pouco menos de angústia, e um pouco mais de espontaneidade criativa.

Pela riqueza de suas contribuições para a clínica psicanalítica com crianças a equipe do CPPL pôde, a partir da necessidade de (re)criação de dispositivos terapêuticos, forjar um modo muito próprio de pensar a teoria e a clínica psicanalíticas, posto que nesta instituição, ambas jamais são estanques. Esta postura dialógica, crítica e de muito fôlego fertiliza as idéias, discussões clínicas e seminários, fazendo com que ali exista um lugar para uma criatividade clínico-científica, que advém, principalmente, da experiência clínica.

As elaborações teóricas cepepelianas mostram a construção, lenta e gradual, de um sólido chão epistemológico, fruto de uma prática clínica essencialmente difícil e trabalhosa, para não dizer exaustiva. Cerca de duas décadas antes da interdisciplinaridade em Saúde Mental ser uma obrigação jurídico-institucional, o CPPL nascia com uma necessidade de interagir com outras disciplinas, e com membros que tiveram diferentes formações. Essa é uma característica fundamental deste trabalho que se mantém, e constitui o diferencial neste modo vivo de pensar *a atualidade da psicanálise frente às subjetividades contemporâneas*.⁴¹ No texto intitulado *Só depois: entre presente e futuro, nosso passado*, Cavalcanti & Ribas(2006) referem-se a essa demanda e opção pela interdisciplinaridade desde sempre:

Como costumávamos falar na época, não era possível lidar com crianças portadoras de tamanha dificuldade olhando-as através da ótica de um único saber. Movidos por essa idéia, sustentávamos o princípio da interdisciplinaridade, de certa forma já posto pelo modo com foi constituída a equipe inicial, composta de psicólogos, psicanalista, reabilitadores da linguagem, psiquiatra e assistente social. (p.18)

Paulina Rocha (1997), no texto intitulado *Rumo à Ítaca (ou quinze anos depois)*, diz que, na clínica institucional com crianças graves, os membros da equipe estão sempre sendo

surpreendidos por vários movimentos transferenciais, além das clássicas transferência e contratransferência. A transferência subjetal é certamente característica deste tipo do tratamento, objeto de nossos vários estudos e análises.

⁴¹ Esses grifos no texto dizem respeito ao tema-título de um curso que fizemos na instituição em 2003. Foi a partir deste curso que nos demos conta de nossa identificação com o modo de trabalho do CPPL, o que nos fez procurar o Programa de Treinamento Institucional em 2004.

E ao falar das especificidades e impasses impostos pelas demandas das crianças e suas famílias, descreve parte do modelo clínico institucional:

Quando iniciamos o trabalho no CPPL, sabíamos das dificuldades com que frequentemente se deparam aqueles que trabalham com crianças autistas e psicóticas. Não estávamos dispostos, por exemplo, a repetir soluções do tipo asilar: negar os conflitos, não escutar o que está sendo dito ao redor das crianças autistas; tão pouco queríamos uma equipe marcada pela alta rotatividade de seus terapeutas, frequentemente impelidos a abandonar o trabalho porque os tropeços da clínica e os desentendimentos institucionais são sempre julgados manifestações patológicas dos integrantes da equipe e nem nos dispúnhamos a fazer análise institucional, isto é, tratar tudo o que acontece como neurose institucional.(p.16-17)

A autora continua sua argumentação ressaltando, que “por outro lado” a equipe esbarrava “no silêncio da criança autista, com seu modo de agir e sua angústia impensável e na experiência inquietante de estranharmos a nós mesmos.” E, “já que os conceitos clássicos de transferência e contratransferência não davam conta daquele fenômeno absolutamente inexplicável, dizíamos em tom jocoso: baixou o espírito!” No primeiro texto organizado junto a sua equipe e publicado recentemente, Rocha (2006) descreve esse início de trabalho clínico, bem como o fenômeno da transferência subjetal, que está no cerne do trabalho da instituição:

Num primeiro tempo, utilizamos um termo típico da cultura nordestina, qual seja, “baixar o espírito”, para nomear o surgimento dos conflitos entre a equipe e algum de seus membros no qual “o espírito baixou”. Entendemos que esse conflito está ligado a vivência do movimento transferencial surgido do contato com os pacientes. Porém, os conceitos de transferência e contratransferência não esgotam essa experiência singular. (p.38)

Sem que a equipe soubesse, esta nomeação afro-brasileira que “já representava algum alívio”, fora trabalhada por Xavier Jacquy com o nome de “transferência subjetal” em seu doutoramento.

Segundo esse autor, o termo subjetal deve ser entendido num duplo registro: por um lado, não se trata de uma transferência de objetos internos do psicótico sobre o terapeuta, nem tampouco de uma transferência de imagem materna ou paterna na pessoa do terapeuta; ao contrário, o terapeuta aí se encontra na posição de sujeito, enquanto suporte de um desejo ou movimento pulsional em

relação ao psicótico; por outro lado, não se trata de contratransferência, porque o terapeuta repete em relação à criança psicótica algo das posições parentais não internalizadas e recusadas pelos pais. O terapeuta torna-se sujeito da transferência e da representação ou do afeto recusados. (p.17-18)

Após dizer entender “a transferência subjetal como a repetição, no *setting* analítico, de um movimento pulsional dos pais em relação à criança” (p.18), a autora afirma que, no espaço proporcionado pela instituição, é possível ser vivida uma nova versão da dramaturgia da criança, já que a original não pode ser internalizada “por envolver perdas narcísicas impossíveis de serem suportadas pelo casal parental” (Silva, apud Rocha). E após “lembrar que outros movimentos transferenciais ocorrem concomitantemente” no tratamento destas crianças, menciona “um tipo de movimento transferencial” que gera angústia nos terapeutas.

Reduzido à condição de objeto inanimado-anônimo, o terapeuta torna-se alvo de uma transferência em que ele próprio é investido como objeto autístico. As qualidades do terapeuta são irrelevantes: objeto inanimado-anônimo, ele pode ser manejado pelo autista, tornando-se alvo de seu investimento. Cabe a instituição assegurar o espaço de análise de todos estes movimentos transferenciais. (Rocha, *idem*, *ibidem*).

Dando continuidade ao texto, Rocha traz um exemplo clínico muito rico, no qual demonstra a dinâmica da transferência subjetal. E, mais adiante, retoma as questões ligadas ao tratamento e os necessários ajustes e adaptações do modelo clássico psicanalítico, com vistas ao manejo da transferência através do dispositivo da Terapia Intensiva. Citando o primeiro texto do CPPL, lembra que na ocasião a equipe fez referência a um texto de Masud Khan, no qual este fala sobre o enquadramento terapêutico clássico criado por Freud. No entanto, complementa alegando o seguinte:

Apesar de termos dado ao enquadramento psicanalítico institucional um enquadramento clássico, a área da ilusão era destroçada pela motilidade, pela visão e pelo tato, e a repetição não acontecia na transferência objetal. A equipe ficou sujeita aos movimentos transferenciais que a colocavam na posição de objeto inanimado-anônimo ou de suporte de um desejo ou de um movimento pulsional em relação aos pais, e em relação aos seus filhos autistas. Na repetição que acontecia na transferência subjetal no *setting* institucional, havia uma inversão em relação aos lugares que sujeito e objeto da transferência deveriam normalmente ocupar. Além de se confrontar com o reinado surdo-mudo da pulsão de morte, a equipe experimentava as vibrações dos próprios

processos primários acordados por outrem, sem que para tal tivessem pedido licença.(idem, p.23-24)

Em função da garantia desses espaços, as crianças demonstram (principalmente nos grupos) seus potenciais; os pais têm, nos acompanhamentos sistemáticos individuais, um espaço de escuta, posto que a vida cotidiana, junto a seus filhos, gera uma angústia que se apresenta nas feridas narcísicas peculiares a esta convivência, tantas vezes dolorosa, limitada e ingrata; e, diante da experiência de tamanha intensidade, é mais do que necessário que se tenha um mínimo de garantia da manutenção das reservas psíquicas. É aqui que Rocha faz referência à elaboração do enquadramento psicanalítico institucional do CPPL. Continuando sua explanação diz:

Foi necessário, então, estabelecer um enquadramento que proporcionasse um espaço no qual aquilo que havia sido vivenciado no *setting* analítico com os nossos pacientes – a vertiginosa proximidade do objeto, em outras palavras, a força centrípeta da fusão – pudesse ser analisado e interpretado. Era preciso devolver ao enquadramento sua função de terceiro. (idem, p.24)

E para solucionar o problema a equipe criou um enquadramento para si, que, por existir como “uma espécie de reduplicação do enquadramento clássico”, foi chamado de duplo enquadramento. Nele

a equipe e os pacientes e a equipe e o coordenador da Terapia Intensiva passaram a ser submetidos as mesmas interdições e leis, em espaços e tempos diferentes. Foi assim que o enquadramento manteve sua função de terceiro. (idem, ibidem).

Sobre o trabalho do coordenador da Terapia Intensiva, Rocha alega que, percebida a importância dele enquanto terceiro, lhe foi atribuída a responsabilidade de assegurar o enquadramento. Isso porque

este coordenador, sem envolvimento direto com as crianças e seus pais, não está sujeito a transferência subjetal. Como está ausente, mas potencialmente presente; como pode ser evocado quando ausente; como é o diferente, cabe a ele exercer a função paterna, sustentando o enquadramento. (idem, ibidem)

A partir do momento em que é identificada a transferência subjetal, “os movimentos da equipe em relação à criança são apreendidos, e a interpretação da repetição encenada no setting analítico institucional torna-se possível” (idem, p.26). E então

os ecos desta interpretação, formulada nas reuniões de síntese, repercutem no espaço institucional como tambores na selva, assim propiciando remanejamentos no seio das relações triangulares envolvendo pai, mãe e filho. A análise e a interpretação revertem as posições de sujeito e objeto da transferência: o terapeuta, que havia se tornado sujeito, reassume seu lugar de objeto da transferência, passando de objeto inanimado-anônimo a objeto denominável; a criança, por sua vez, sai da posição de objeto da transferência subjetal do terapeuta para o lugar de sujeito, utilizando o terapeuta como objeto de sua transferência.(idem,ibidem)

As especificidades deste tipo de transferência fizeram com que o trabalho clínico do CPPL, o dispositivo da Terapia Intensiva e a construção teórica necessitassem de uma vitalidade clínica constante. Esta terapêutica intensiva propiciou, e continua propiciando, a existência e aperfeiçoamento das intervenções e olhares múltiplos, que primam pela prontidão e fôlego para a árdua tarefa de um cuidar muito específico. Nessa seara clínica é particularmente importante a noção de *holding* (Winnicott), ou seja, a manutenção de um *ambiente suficientemente bom*, no qual uma determinada configuração de trabalho institucional sustenta tanto a equipe quanto as crianças e suas famílias.

IV – ÚLTIMAS PALAVRAS: OU, CONSIDERANDO A NECESSIDADE DE FINALIZAR.

Eu não estou interessado em nenhuma teoria,
 Nem nessas coisas do oriente, romances astrais.
 A minha *alucinação* é suportar o dia-a-dia,
 E meu *delírio* é a experiência com coisas reais.

(...) eu não estou interessado em nenhuma teoria,
 Em nenhuma fantasia, nem no algo mais.
 Longe o profeta do terror que a laranja mecânica
 Anuncia,
 Amar e mudar as coisas me interessa mais.

Belchior *in* “Alucinação”.

Delírios e alucinações são considerados “sintomas produtivos” das psicoses e esquizofrenias. Isolamento e mutismo são sintomas do que chamam “autismo”... Mas a natureza humana é muito mais do que isso. E a idéia de diagnosticar, controlar, sobretudo prever qual caminho tomará algo sempre passível de mudança como o ser humano, é uma ilusão. Não queremos, com isso, dizer que os livros de psiquiatria, psicopatologia e mesmo alguns de psicanálise sejam postos na fogueira. Pelo contrário, as demandas advindas do sofrimento humano na atualidade exigem que mergulhemos ainda mais neles. Mas, a clínica da qual estamos falando nos obriga a ver, em primeiro plano, a “experiência com coisas reais”. Nela a teoria precisa estar sempre em *background* ; e é muito mais um refúgio de sobrevivência e fertilização de idéias, do que um caminho a ser seguido. Dizer não estarmos interessados “em nenhuma teoria” durante a escrita de um trabalho científico não faria sentido; mas, haveria interesse mais legítimo e ético para um psicanalista, ou pesquisador, do que o interesse genuíno em “amar e mudar as coisas”?

Figueiredo (2004) faz referência a sua idéia de *invenção do psicológico*, como sendo a expressão de “uma compreensão das relações entre práticas e teorias, no campo privilegiado que é o da clinica, que depende tanto de uma reflexão epistemológica como, e principalmente, de uma experiência pessoal.” (p.9) O viver já

nos traz uma experiência, mas o viver que se cria ao longo de um processo terapêutico ou análise, e que se leva pra vida fora do *setting*, é algo que põe em questão a nossa existência, e logo, nosso próprio sofrimento.

Não apenas as idéias de Winnicott, mas a maneira como ele compreende o humano, e ainda a forma clara e simples, com a qual ele fala de uma clínica vasta e complexa, nos inspiram e nos dão algum chão para pensar o sofrimento humano. O que se constrói no encontro terapêutico é sempre um lugar intermediário, transicional, e este lugar é formado também pela intersecção das subjetividades; isso se o analista tiver coragem de correr riscos, de ser ele mesmo. A cultura de consumo e a estrutura sócio-política atual estão gerando doença, somatização, hipocondria, e ferindo o laço social. Por isso, qualquer que seja o dispositivo clínico que se proponha, independentemente de sua origem epistemológica, deve ser levado em consideração.

Embora o dispositivo do CPPL seja extremamente criativo e fértil, porque não ortodoxo, nossa intenção não foi dar um caráter valorativo a ele, e sim mostrar que nessa instituição *as coisas acontecem*. As crianças são pensadas em seus *horizontes de possibilidades*, e por isso a intervenção clínica não fica presa a categorias nosográficas.

Estamos num momento histórico tão crítico que a clínica precisa ser inventiva. É preciso que tenhamos uma atenção especial ao que acontece no mundo, e ao mesmo tempo, uma disposição para refletir sobre *saberes não psi*, como a filosofia, a sociologia, a antropologia e teologia. Gilberto Safra tem feito isso divinamente. Fiquemos então com algumas de suas palavras...

Hoje em dia há pessoas que buscam um analista como signo social e não porque querem realizar um trabalho de restituição daquilo que lhes é fundamental. Freqüentar um analista ou um terapeuta tornou-se signo social. (...) Um referente clínico que considero fundamental é o que se expressa pela seguinte questão: *que possibilidade a pessoa que nos procura terá de sofrer?* Se existe a possibilidade de sofrer, há esperança. ⁴² (2006, p.100)

⁴²Grifo do autor.

“Na praia do mar de mundos sem fim,
crianças brincam.”

Tagore

REFERÊNCIAS

- ABRAM, J. **A Linguagem de Winnicott**. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2000.
- ANZIEU, D. **Psicanalisar**. São Paulo: Idéias & Letras, 2006.
- BALINT, M. **O analista não-intrusivo**. In: Kohon, Gregório (org) A escola britânica de psicanálise: *the middle group*, a tradição independente. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- BEZERRA JR, B. & ORTEGA, F. **Winnicott e seus interlocutores**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007.
- BIRMAN, J. **A gramática do impossível**. In: Rocha, P. S. (org) Autismos. São Paulo: Editora Escuta, 1997.
- BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- CAVALCANTI, A. E. **A construção do espaço analítico institucional**. Boletim de novidades da Livraria Pulsional, ano VIII, no. 75. São Paulo, 1995.
- COSTA, J. F. **Uma fonte de água pura**. In: Pinheiro, T. *Ferenczi: do grito à palavra*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 1995.
- FIGUEIREDO, L.C. **Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos**. 3ª ed, Rio de Janeiro; Vozes, 2004.
- FOUCAULT, M. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1980.
- _____. **Estudos sobre a histeria** (1895) vol. II.
- _____. **A Interpretação de sonhos** (1900) vol.V.
- _____. **Fragmento da análise de um caso de histeria** (1905) vol.VII.
- _____. **A Dinâmica de transferência** (1912) vol. XII.
- _____. **Recordar, repetir e elaborar** (1914) vol. XII.

_____. **Observações sobre o amor transferencial** (1915) vol. XII.

_____. **A História do Movimento Psicanalítico** (1914) vol. XIV.

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o Inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2001.

GROLNICK, S. A. **Winnicott o trabalho e o brinquedo: uma leitura introdutória**. São Paulo: Editora Artes Médicas, 1993

JONES, E. **Vida e obra de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1979.

KAUFFMANN, P. **Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 1996.

KHAN, M. M. R. **Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1977.

KOHON, G. (org.). **A escola britânica de psicanálise: *the middle group*, a tradição independente**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

LAGACHE, D. **A transferência**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS J.B. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1990.

LINS, M. I. A. **Winnicott: a obra como história de vida**. In: Podkameni, A. B. & Guimarães, M. A. C. (org.) Winnicott na PUC – Cem anos de um analista criativo. Rio de Janeiro: NAU, 1997.

NÁSIO, J. – D. **Os grandes casos de psicose**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2001.

OGDEN, T. H. **Lendo Winnicott**. In: Revista Brasileira de Psicanálise, vol. 36(4). Rio de Janeiro, 2002.

OLIVEIRA, A. M. R. **Vicissitudes da separação: uma construção do mito do paraíso perdido**. In: Rocha, P. S. Autismos. São Paulo: Editora Escuta, 1997.

OLIVEIRA, A. M. R. & SILVA, A. R. R. **Em terra alheia... pisa no chão devagar**. In: Rocha, P. S. Cataventos: invenções na clínica psicanalítica institucional. São Paulo: Escuta, 2006.

ROCHA, P. S. (org.) **Autismos**. São Paulo: Editora Escuta, 1997.

_____. **Cataventos: invenções na clínica psicanalítica institucional**. São Paulo: Escuta, 2006.

ROCHA, P. S. & CAVALCANTI, A. E. **Autismo: construções e desconstruções**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

ROCHA, P. S. & DURANTE, J. C. **Cata-ventos: singulares plurais**. In: Rocha, P. S. (org). *Cataventos: invenções na clínica psicanalítica institucional*. São Paulo: Escuta, 2006.

ROCHA, Z. B. **Freud e a Transferência**. Revista Psicanalítica Nº2. Recife: Círculo Psicanalítico de Pernambuco, 1994.

RYCROFT, C. **Dicionário Crítico de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.

SAFRA, G. **Hermenêutica na situação clínica: o desvelar da singularidade pelo idioma pessoal**. São Paulo: Edições Sobornost, 2006.

SILVA, A. R. **Transferência e repetição na abordagem das psicoses infantis**. Boletim de novidades da Livraria Pulsional, vol VIII, nº 75. São Paulo, 1995.

WINNICOTT, D.W. **Textos Selecionados: Da pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1978.

_____. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983.

_____. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975.

_____. **Natureza Humana**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990.

_____. **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

ZIMMERMAN, D. E. **Bion: da teoria à prática – uma leitura didática**. 2ª.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ZYGOURIS, R. **Pulsões de vida**. São Paulo: Editora Escuta, 1999.

