



Sergio Gomes da Silva

**A Gramática do Silêncio:
Um estudo sobre a comunicação e a não
comunicação na psicanálise**

Tese de Doutorado

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio.

Orientador: Carlos Augusto Peixoto Junior

Rio de Janeiro
Março de 2014



Sergio Gomes da Silva

**A Gramática do Silêncio:
Um estudo sobre a comunicação e a não
comunicação na psicanálise**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof. Carlos Augusto Peixoto Júnior

Orientador
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Claudia Amorim Garcia

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Ana Lila Lejarraga

Instituto de Psicologia - UFRJ

Profa. Maria Isaber Andrade Fortes

Teoria Psicanalítica - UFRJ

Profa. Terezinha Mendonça Estarque

Circulo Psicanalítico do Rio de Janeiro

Profa. Denise Berruezo Portinari

Coordenadora Setorial de Pós Graduação e
Pesquisa do Centro de Tecnologia e Ciências
Humanas - PUC-Rio

Rio de Janeiro, 21 de março de 2014.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem a autorização da universidade, do autor e do orientador.

Sergio Gomes da Silva

Graduou-se em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba em 1997. Título de Mestrado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro em 2007. Título de Especialização em Direitos Humanos pelo Departamento de Filosofia da UFPB em 2002 e Especialização em Sexualidade Humana pelo Centro de Educação da UFPB em 1999. Psicólogo da Divisão de Psicologia Aplicada do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (DPA/IP/UFRJ).

Ficha Catalográfica

Silva, Sergio Gomes da

A gramática do silêncio: um estudo sobre a comunicação e a não comunicação na psicanálise / Sergio Gomes da Silva ; orientador: Carlos Augusto Peixoto Junior. – 2014.

307 f. ; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2014.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Silêncio. 3. Metapsicologia. 4. Desenvolvimento emocional primitivo. 5. Comunicação. 6. Não comunicação. 7. Holding. 8. Interpretação. I. Peixoto Junior, Carlos Augusto. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Para minha mãe, Maria Lucia,
que me ensinou o valor do silêncio.

Agradecimentos

A Carlos Augusto Peixoto Júnior, pelo acolhimento, pela sua orientação e pelo estabelecimento de um diálogo profícuo com os escritos freudianos, ferenczianos e winnicottianos.

À PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais esse trabalho não poderia ser realizado.

A Benilton Bezerra Jr. e Ana Lila Lejarraga, pelas contribuições em minha qualificação, quando este trabalho ainda era incipiente.

A Terezinha Mendonça, Ana Lila Lejarraga, Cláudia Garcia e Maria Isabel Fortes, por terem gentilmente aceito o convite para participarem da minha defesa.

A todos os amigos e colegas da Escola de Serviço Social da UFRJ, pelo total e irrestrito apoio para que eu pudesse vir a realizar esse doutorado.

Aos amigos e colegas da Divisão de Psicologia Aplicada Professora Isabel Adrados do Instituto de Psicologia da UFRJ, pelo *holding* na realização desse trabalho.

Aos funcionários do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio, por todo seu suporte e apoio.

A todos os meus estagiários e supervisionandos, que acompanharam a produção desse trabalho nos últimos quatro anos e puderam usufruir de algumas ideias aqui contidas para a sua clínica.

Aos membros do Grupo de Estudos em Winnicott, das segundas-feiras, Karina, Gabriela e Karla.

Aos meus alunos, especialmente a turma do IPPMG da UFRJ, que tiveram a oportunidade de discutir comigo as principais ideias contidas nesta tese.

Aos meus pacientes, que me ensinaram o valor e os diversos sentidos do silêncio na clínica.

A Magda Costa, pela sua escuta profunda em seus mais variados momentos de silêncio, ditos e não ditos.

Aos meus colegas de turma do doutorado, pelo incentivo e pela oportunidade de discutirmos nossas propostas de pesquisas.

Aos amigos e colegas da Clínica Social de Psicanálise do Instituto de Estudos da Complexidade, que viram este trabalho tomar corpo.

À Terezinha Mendonça Estarque, Maria de Fátima Lobo Amin e Aida Ungier, pela amizade, pelo acolhimento, pela supervisão e discussão de meus casos clínicos, que me ajudaram a compreender algumas das teorias aqui reunidas.

Aos amigos Ercy, Vera, Maria José, Ieda, Rosa Lúcia, Rodrigo, Karina, Cintia, Ludmilla, Augusta e Fernando, pelo apoio e pela amizade nos últimos anos.

À minha família, pelo incentivo à minha formação, desde o meu êxodo para o Rio de Janeiro.

A Alexandre, por todo seu amor e dedicação.

Resumo

Silva, Sergio Gomes; Peixoto Júnior, Carlos Augusto. **A gramática do silêncio: um estudo sobre a comunicação e a não comunicação na psicanálise**. Rio de Janeiro, 2014, 307p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O presente trabalho tem por objetivo investigar o conceito de silêncio na história da psicanálise, analisando os vários sentidos que lhe foram atribuídos na medida em que as teorias e técnicas analíticas foram se sobrepunhando umas às outras. Para se alcançar esse objetivo, o silêncio foi analisado a partir de duas correntes teóricas distintas, a saber, a psicanálise clássica ou tradicional, centrada nos escritos de Sigmund Freud, Sándor Ferenczi e Karl Abraham e seus interlocutores, e a Escola Inglesa de Psicanálise, centrada no grupo independente e representada pelo pensamento de Donald W. Winnicott e seus herdeiros teóricos. Na primeira parte do trabalho, buscou-se encontrar os referentes do silêncio em sua vertente clássica compreendendo-o como resistência, censura, recalcamento, transferência e contratransferência, pulsão de vida e pulsão de morte, defesas do ego, elaboração, perelaboração e os tipos libidinais. Na segunda parte do trabalho, buscou-se os referentes do silêncio através das contribuições de Donald W. Winnicott e a partir da sua teoria do desenvolvimento emocional primitivo, mostrando como a mãe se constitui como um primeiro continente no qual o bebê precisa mergulhar para o desenvolvimento do seu psiquismo, de um inconsciente, de um *self* e do seu mundo interno. Ao final, apresentamos quatro proposições do silêncio na clínica psicanalítica atual: o silêncio que surge nos fenômenos de retraimento e regressão; o silêncio como forma de o analista se oferecer como um continente para o seu paciente; o silêncio como forma de segredo no desenvolvimento do pensamento; e, por fim, o silêncio como interpretação e como *holding*.

Palavras-chave

Silêncio; metapsicologia; desenvolvimento emocional primitivo; comunicação; não comunicação; *holding*; interpretação.

Abstract

Silva, Sergio Gomes; Peixoto Júnior, Carlos Augusto. **The grammar of silence: a study of communication and no communication in psychoanalysis**. Rio de Janeiro, 2014, 307p. PhD Thesis – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The present work aims to investigate the concept of silence in the history of psychoanalysis, analyzing the various meanings assigned to it in that the theories and analytical techniques were up overwriting each other. To achieve this goal, the silence was analyzed from two different theoretical perspectives, namely the classical or traditional psychoanalysis, centered in the writings of Sigmund Freud, Sándor Ferenczi and Karl Abraham and his interlocutors, and the English School of Psychoanalysis, centered the independent group and represented by the thought of Donald W. Winnicott and their theoretical heirs. At first, we attempted to find the referents of silence in his classic strand comprising it as resistance, censorship, repression, transference and countertransference, life and death drives, ego defenses, working through and the libidinal types. In the second part of this study, we sought the referent of silence through the contributions of Donald W. Winnicott from his theory of emotional development, to show how the mother is constituted as a first continent in which the baby must plunge into to development of his psyche, unconscious, self and your inner world. At the end we present four propositions of silence in current psychoanalytic practice: the silence that arises in the phenomena of withdrawal and regression, the silence of the analyst as a way to offer himself as a continent for your patient; silence as a secret in the development of thought and finally silence as interpretation and as holding.

KeyWords

Silence; metapsychology; primitive emotional development; communication; not communication; holding; interpretation.

Sumário

1. Introdução	10
2. No início, era o verbo...	21
2.1. A palavra entra em cena	23
2.2. Uma dificuldade no caminho da psicanálise	38
2.3. As cortinas se fecham	45
3. O silêncio no Círculo de Viena	57
3.1. O silêncio é de ouro	59
3.2. Os estágios pré-genitais da libido	79
4. Winnicott e a matriz do inconsciente não verbal	92
4.1. Do feto ao bebê: as primeiras relações materno-infantis	94
4.2. A observação de bebês: uma contribuição à psicanálise	111
4.3. A constituição psíquica do bebê	117
4.4. Os processos do desenvolvimento e a matriz da mente	138
5. Teoria da Comunicação e da Não Comunicação	155
5.1. Uma canção sem palavras	160
5.2. A comunicação pelo olhar: uma recomendação silenciosa	183
5.3. Confiabilidade e mutualidade	195
5.4. A solidão essencial	203
5.5. O estudo dos opostos	208
6. Os sentidos do silêncio	220
6.1. Retraimento e regressão	232
6.2. “Ouvir” com os olhos	248
6.3. O desenvolvimento da capacidade de pensar	253
6.4. Holding e interpretação	272
7. Considerações Finais	282
8. Referências Bibliográficas	286

“O silêncio, falar do silêncio, antes de entrar nele, será que já estive nele, não sei, a cada instante estou nele, a cada instante saio dele, eis que estou falando dele, sabia que isso viria, saio dele para falar, estou nele ao falar, se sou eu quem fala, e se não sou eu, ajo como se fosse eu, com frequência ajo como se fosse eu.”

Samuel Beckett, *O inominável*.

1

Introdução

“A linguagem é uma pele: esfrego minha linguagem no outro. É como se eu tivesse palavras ao invés de dedos, ou dedos na ponta das palavras. Minha linguagem treme de desejo.”

Roland Barthes, Fragmentos de um discurso amoroso.

Desde o início dos primeiros casos clínicos, Freud incitava seus pacientes a verbalizarem seus pensamentos, memórias ou lembranças, sem nenhuma censura, na tentativa de não deixar escapar nada. Eles tinham que dizer tudo, absolutamente tudo, sem esconder nada do seu médico, a mais simples ideia, palavra ou imagem, seja durante o estado de vigília, seja durante o sono através dos sonhos. Essa fórmula constituiu o “imperativo de dizer tudo” e a “regra de ouro” da psicanálise. Mas, aos poucos, Freud se deparou com a recusa dos pacientes a lembrarem de algo, ou, então, nada vinha a suas mentes e estes silenciavam, fazendo com que o médico vienense empreendesse todos os artifícios para driblar essa situação.

Com um tratamento centrado eminentemente na palavra, e Freud como um incansável pesquisador do mundo inconsciente, ele logo se deparou inúmeras vezes com o não verbalizável, não dito, não comunicável, ao tratar dos males da alma daqueles que chegavam ao seu consultório. Ao mesmo tempo, para que pudesse alcançar o inconsciente dos pacientes, Freud recorria ao seu silêncio, com uma escuta profunda, atenta, investigadora, questionadora.

Silêncio do paciente ou silêncio do analista, silêncio crônico ou silêncio efêmero, silêncio de resistência ou de abertura do inconsciente, silêncio de vida ou silêncio de morte, não importa: o silêncio se faz presente em uma sessão de análise, manifestando uma pluralidade de sentidos com que os analistas até hoje se defrontam, colocando-lhes problemas os quais eles devem tentar solucionar.

Com efeito, a regra de ouro da psicanálise nunca foi explicitamente anunciada por Freud, malgrado encontrarmos, em seus escritos técnicos e casos clínicos, indicações de como o médico vienense se comportava diante dos seus pacientes. Pelos seus próprios relatos e de seus herdeiros teóricos, sabemos que os

analistas vienenses eram muito pouco silenciosos e passavam ao largo da neutralidade recomendada pelo mestre. A incitação ao discurso era uma característica daquele grupo de analistas pioneiros.

Quando o silêncio do analisando insurgia na sessão, a compreensão era de que algo precisava ser feito, banindo-o o mais urgente possível para que se pudesse ter acesso àquela estrutura densa e compacta, sem ruídos nem palavras, chamada de inconsciente. Assim, desde os primeiros casos clínicos de Freud, até a compreensão do silêncio por seus herdeiros teóricos, o silêncio na situação analítica só foi pensado em termos do “silêncio do paciente” em suas mais variadas dimensões: silêncio da resistência, silêncio da censura ou do recalçamento, silêncio da transferência e da contratransferência, silêncio de vida e silêncio de morte, silêncio das pulsões e das defesas do ego, silêncio da elaboração e da perelaboração, silêncio da comunicação e seu correspondente nos tipos libidinais.

Ao revisar a literatura psicanalítica, podemos observar dois momentos históricos em que o silêncio foi tema de interesse por parte dos analistas. O primeiro refere-se ao período compreendido entre 1927 e 1935, no qual houve três congressos abordando o silêncio. Dois deles, realizados pela Sociedade Psicanalítica de Viena, respectivamente em 1927 e em 1935, e outro pela Sociedade Psicanalítica da Hungria, em 1934. Em todos eles, a discussão girava em torno das contribuições teóricas de Freud e seus contemporâneos. O outro momento refere-se a um colóquio realizado pela Associação Americana de Psicanálise, realizado em 1958, cujos trabalhos foram todos publicados em uma revista especial em 1961 (Barande, 1963).

Além disso, depois dos congressos de Viena e da Hungria, houve um hiato nas pesquisas e na literatura psicanalítica sobre o silêncio. Nos principais periódicos da época, a saber, o *Psychoanalytic Quarterly* entre 1932 e 1960, o *International Journal of Psychoanalysis* entre 1920 e 1960, o *Journal of the American Psychoanalytic Association* entre 1953 e 1960, encontram-se apenas cinco artigos relativos ao tema, e em todos eles, o silêncio foi interpretado como agressão, resistência, transferência negativa ou como resposta ao silêncio do analista por parte do paciente, ou seja, concepções metapsicológicas a partir da vertente da psicanálise clássica ou tradicional (Barande, 1963; Zelig, 1961).

Só a partir dos anos setenta, o silêncio do analista passou a ser objeto

de reflexão pela maior parte das escolas de psicanálise no mundo. Até essa década, não havia nenhum artigo que falasse do silêncio do analista, e toda e qualquer produção teórica relativa ao tema só dizia respeito ao silêncio do analisando. A exceção ocorreu a partir da Escola Francesa de Psicanálise, que ressaltou a importância do silêncio do analista e seu manejo clínico, a partir das contribuições teóricas do psicanalista Jacques Lacan.

Entretanto, quando algum comentário sobre o silêncio na análise era encontrado na literatura, mais uma vez, o foco centrava-se nos efeitos do silêncio do paciente a partir do trabalho do analista. O silêncio do paciente foi sempre interpretado pela psicanálise clássica como uma organização de defesas superegoicas com possíveis reações (contratransferenciais) provocadas no analista, ou como dificuldades no manejo da técnica.

A “montagem” do silêncio na clínica psicanalítica seguiu seus próprios caminhos, na medida em que os analistas tiveram que se defrontar com uma pluralidade de sentidos. Essa montagem deve ser pensada sob dois prismas bastante nítidos: o silêncio do analista – a partir da sua escuta profunda e do manejo do enquadre clínico, que potencializava as angústias do paciente para que ele comunicasse os conteúdos inconscientes por meio da verbalização –, e o silêncio do analisando – observado como sendo uma resistência à figura do analista a partir da sustentação do enquadre clínico. Tanto em um quanto no outro, há uma dupla interpenetração do que é dito e do que não é dito, do paciente para o analista e do analista para o paciente. É necessário distinguir, portanto: a) o dito do paciente; b) o calado não dito e sabido do paciente; c) o calado não dito não sabido do paciente; d) o inaudível e o nunca ouvido do paciente; e) o dito do analista; f) o calado não dito e sabido do analista; g) o calado não dito não sabido do analista; e h) o inaudível e o nunca ouvido do analista (Green, 2004). Em todos estes casos, o silêncio se faz presente, pleno de significados e significações e portador de sentidos inconscientes e conscientes.

Com efeito, o silêncio se institui na conjunção de dois inconscientes, que se instalam a partir do encontro da dupla analítica, com hora, dia e local determinados. O silêncio que se faz presente na análise é o silêncio para abertura de um sujeito humano. Quando o analista silencia, ele se cala para que possa dar passagem à verdade do inconsciente do sujeito. Sua palavra só entra em cena para enfatizar o discurso do paciente, para perguntar o que fica interdito, ou ainda para

se pôr, no mais das vezes, como um “espelho bem polido”.

Dito isso, a comunicação que se instala entre o par analítico liga os inconscientes e os corpos que ali dividem aquele espaço, trabalhando silenciosamente e retendo as palavras que não são pronunciadas, os sofrimentos que estão por vir, a dinâmica da transferência que se estabelece pouco a pouco, o sentido da confiabilidade e empatia que avançam como resultante desse encontro, e os sentimentos oriundos do analista a partir do que é vivido em conjunto com o seu paciente pela transferência e contratransferência. Às vezes, o tormento do não dito sacode o corpo e não chega à consciência do analisando (poderia, de igual modo, sacudir o corpo do analista, na medida em que ele intervém com sua palavra), fazendo com que o silêncio seja a mais perfeita tradução de uma alma em busca de sentido. Alma do analisando e corpo do analista; alma do analista e o corpo do analisando são todas figuras que vão se constituindo e se delimitando cada vez em que o processo terapêutico vai avançando.

A psicanalista Françoise Coblence problematiza a noção de alma e corpo na psicanálise a partir de um aforisma de Freud, relativo à origem da espacialidade do aparelho psíquico, quando este afirma: “A psique é estendida, e dela não se diz nada” (Freud, 1941 [1938], p. 318). Para a autora, a alma se estende por todo o corpo, está em toda parte, silenciosamente, insinuada, deslizada, infiltrada, impregnada, modelada e onipresente. O que a autora chama de alma é o brilho que sacode o corpo para fora de si mesmo quando ele é comparado a outro corpo, o brilho que está preso no espasmo, no soluço ou no suspiro de cada um. A alma é, portanto, a psique unida ao corpo que, ao encontrar outra alma, ou, melhor dizendo, um outro corpo, tem libertado a palavra e a escuta, posto que é sempre nesse encontro que ambos os corpos, do analisando e do analista, são afetados. A afetação é da ordem da escuta, do toque que é dado pelos “dedos das palavras”, da “pele da linguagem” ou do “tremor do desejo” na comunicação silenciosa estabelecida por meio do campo transferencial, contratransferencial ou das identificações projetivas vividas no *setting* (Coblence, 2011).

Este silêncio, assim compreendido, só se sustenta a partir de sua interpretação: se é um silêncio interpretativo ou elaborativo, se é decorrente de associações do próprio analista de acordo com o discurso do seu paciente, ou se é função transferencial ou contratransferencial. Para o analista, seu silêncio, no mais

das vezes, se coaduna como uma tela de fundo sobre a qual se darão as figuras projetivas do paciente, circunscrevendo uma relação que se sustentará a partir dos laços transferenciais que une o par naquele encontro.

Ora, se o analista é silencioso, esse silêncio precisa ser vivo e habitado por suas associações. Precisamos, pois, distinguir entre o silêncio como “figura do vazio” e o silêncio advindo de um “calar-se”. Em ambos, o que se observa é um trabalho de elaboração ao qual o analista se lança durante sua escuta, do mesmo modo que o trabalho de elaboração (e perlaboração) que o analisando atravessa ao longo do seu percurso de análise.

A “montagem” do silêncio na psicanálise, também precisa ser discutida sob duas vertentes teóricas. A primeira foi proposta pela própria psicanálise clássica ou tradicional, baseada no Complexo de Édipo a partir das proposições metapsicológicas de Sigmund Freud e seus herdeiros teóricos. Trata-se de uma vertente que tenta frustrar as expectativas do paciente, sendo fiel à “regra de ouro” da psicanálise, na qual o analista sustenta o “desejo de nada saber” sobre seu paciente, ou ainda o lugar do mutismo, sinal de aceitação tácita e resoluta do discurso do paciente. O discurso deste se estabelece através de uma comunicação “infraverbal” e “pré-verbal”, lugar cativo da intersubjetividade. A função do analista é ser um “catalizador” do material comunicado, apreendendo o seu sentido e devolvendo para o paciente, através de interpretações sucessivas, o seu significado.

A segunda vertente foi proposta por um grupo de analistas oriundos da Escola Inglesa de Psicanálise, ao afirmar que o silêncio deveria ser manejado para sustentar e reparar falhas ambientais nas quais o analisando passaria ao longo da sua vida, mas principalmente na infância. Os analistas desta escola não eram tão afoitos em frustrar o paciente em sua análise. Pelo contrário, a função de restituição de falhas ambientais fazia com que estes analistas fossem mais ativos e menos neutros na sessão, intervindo com certa frequência no discurso dos seus pacientes, grande parte deles centrados em torno de um grupo independente formado por Donald W. Winnicott, John Bowlby, Michael Balint, Margaret Little, Edward Glover, Marion Milner, Wilfred Bion, John Klauber, Masud Khan, entre outros, e tomando posições clínicas contrárias à psicanálise clássica.

Entre os autores da Escola Inglesa, Donald W. Winnicott foi um dos primeiros teóricos a denunciar a cumplicidade entre o analista e seu paciente,

buscando encontrar outro sentido para aquilo que era vivido entre o par analítico, dando ênfase à comunicação e à não comunicação em uma sessão de análise. Em seu entorno, os analistas que fizeram parte do grupo independente (*the middle group*), e partidários da teoria das relações objetais, buscaram compreender o silêncio numa vertente diferente dos primeiros herdeiros teóricos de Freud e contrários aos seus colegas da Escola Inglesa na sua versão kleiniana.

Foi com base na produção teórica de Winnicott, mas não apenas centrado nele, que o presente trabalho objetivou analisar, na história da psicanálise, o que chamamos de “a gramática do silêncio”. Por “gramática do silêncio”, queremos nos referir aos diversos sentidos que o silêncio ocupou historicamente na clínica psicanalítica, tanto em termos de manejo quanto em termos teóricos, tanto em relação ao silêncio do analista quanto ao silêncio do analisando. Se o silêncio se constituiu como um inimigo a ser combatido durante o processo de análise, logo se viu que ele também podia se prestar a ser mais um coadjuvante ao lidarmos com o sofrimento psíquico e os males da alma. Como todo conceito vivo, há inúmeras descrições possíveis que o silêncio pode ocupar na clínica. O silêncio fala alto para todos aqueles que podem, querem e têm condições de ouvi-lo junto à dinâmica psíquica de cada paciente em análise, desde as primeiras históricas, que encenavam os seus dramas no teatro do corpo, às mais recentes descrições dos sintomas contemporâneos.

Ao afirmarmos que o silêncio assume diversos sentidos no interior das teorias psicanalíticas, queremos dizer que ele se constitui como uma “gramática” diferente no tempo e na história (Costa, 1992; 1995b; 1998). De acordo com Costa (1998, p. 131), “tudo o que podemos fazer quando decidimos estudar um assunto é descrevê-lo de uma maneira particular, que vem somar-se a outras descrições possíveis”. Para este autor, na língua corrente, aprendemos a reconhecer e a descrever certas coisas por meio de inferências feitas a partir de outras coisas, estados de coisas e eventos. Cada vez que um analista tentou problematizar o silêncio sobre a sua concepção teórico-clínica, de acordo com o que era vivido e observado no seu paciente, ele teve que se deparar com o que já havia sido definido anteriormente pelos seus pares, ou teve que criar uma nova descrição nosológica para aquilo que observava. Na psicanálise, ou a teoria se sobrepõe ao que é vivido na clínica ou a clínica força o analista a rever seus conceitos, e, na falta de algum outro que possa descrever o seu objeto de

investigação, ele terá que criar novos conceitos que respondam às necessidades da sua clínica.

Assim, ao tomarmos o silêncio como nosso objeto de pesquisa e investigação e procurarmos, na história dos conceitos psicanalíticos, as diversas descrições que o termo assumiu, descobrimos que este passou de um mero figurante para ator principal dentro de uma sessão de análise, na medida em que as teorias psicanalíticas se aprofundavam cada vez mais na compreensão do sujeito humano, e, assim como há inúmeras tessituras nas quais o silêncio pode ser compreendido e se fazer representar, também há inúmeras culturas do silêncio no interior da psicanálise.

Reconstituir a história do silêncio na psicanálise é uma tentativa de sistematizar a diversidade de concepções e sentidos que o termo ocupou no interior do pensamento psicanalítico e encontrar, na sua gramática, os seus referentes. Buscar analisar uma “história” e um “*ethos* do silêncio”, segundo nossas proposições, é também revisar o corpo teórico-clínico psicanalítico como hermenêutica do sujeito.

O interesse com o tema se deu a partir da minha clínica nos últimos anos, a partir da vivência de momentos de silêncio com os pacientes atendidos, e com a grande diversidade de sentidos que ele passou ocupar na dinâmica psíquica desses sujeitos na sua relação com o analista. Com essa ideia em mente, buscamos encontrar os diversos referentes do silêncio a cada proposição teórica dos autores apresentados, seja no campo teórico, seja no campo clínico, por meio do seu manejo.

Malgrado Freud nunca tivesse buscado no silêncio o seu objeto de investigação, Freud buscou compreendê-lo à luz de uma série de teorias nas quais vinha desenvolvendo para explicar as causas dos sintomas histéricos, por um lado, ao passo que desenvolveu o conjunto de textos que hoje conhecemos como artigos sobre a metapsicologia, por outro. Com a interlocução de suas ideias a partir de um seleto grupo de analistas que ele mesmo formou, foram seus herdeiros teóricos que tiveram o cuidado de desenvolver algumas dessas ideias, não só no que se refere à metapsicologia como nos estudos de casos e no manejo do silêncio do paciente durante uma sessão de análise. Dos seus herdeiros teóricos, dois deles se destacam: Sándor Ferenczi, que estabeleceu um franco diálogo com Freud por meio de artigos, mas também desenvolveu e contribuiu para o cenário

psicanalítico com sua sensibilidade clínica, e Karl Abraham, que estabeleceu diálogo com Freud, a partir da sua maior contribuição à psicanálise, os tipos clínicos libidinais.

A Escola Inglesa de Psicanálise, por outro lado, se notabilizou pelas importantes contribuições de Melanie Klein e Anna Freud, mas foi um seleto grupo de analistas, ao discordar do embate estabelecido por essas analistas, resolveu criar um grupo independente e desenvolver suas ideias próprias a partir da teoria das relações objetais. Deste grupo, se destacam as ideias de Donald W. Winnicott e talvez uma de suas maiores contribuições à teoria psicanalítica: a teoria do desenvolvimento emocional primitivo (*theory of emotional development*).

A teoria do desenvolvimento emocional primitivo é a coluna vertebral de toda a obra de Winnicott durante o tempo em que permaneceu vivo e trabalhou como analista. Esta teoria recai sobre os estágios iniciais do desenvolvimento infantil, do relacionamento da mãe com o seu bebê e constitui as bases da personalidade e da identidade humana. Por outro lado, Winnicott via no seu trabalho clínico como analista a possibilidade de reparação das falhas ambientais maternas que provocam a diversidade de distúrbios psíquicos dos pacientes.

Malgrado Dias (2011, 2012) se refira a teoria do desenvolvimento emocional como “teoria do amadurecimento emocional”, não encontramos, nos textos de Winnicott em sua versão em inglês, nenhuma referência ao termo usado pela autora como “amadurecimento”. De acordo com a autora, “amadurecimento” foi adotado em seus escritos por achar que os termos “desenvolvimento” e “maturação”, usados na tradução das obras de Winnicott em português no Brasil, são usados de forma indiscriminada para processos biológicos, sociológicos e econômicos, além de não haver a correspondência na língua inglesa para o correspondente, em português, do verbo “amadurecer”, que a seu ver guarda o sentido que Winnicott confere ao processo maturacional (Dias, 2012, p. 91).

Ora, mas na língua inglesa, “ripe”, “ripening” ou “ripeness” são usados para denominar especificamente o conceito de “amadurecimento”, sobretudo no campo biológico, conforme a autora define. Winnicott não deixou de enfatizar o quanto o animal humano é um “ser em processo”, que vai da incipiência da vida em útero até o último sopro de vida. “Amadurecer” ou “amadurecimento”, nesse sentido, não indicam um processo, mas um estado físico

pertencente ao reino vegetal, conforme usamos na linguagem corrente. Enquanto que “maturidade” ou “maturacional” indica um processo que só acaba com a morte, daí Winnicott sempre se referir à vida em contínuo processo maturacional ou sermos interpelados constantemente pela “continuidade da existência”. Assim, preferimos manter a tradução mais próxima dos termos usados em inglês por Winnicott quando falarmos de “desenvolvimento emocional” ou “processo maturacional” neste trabalho.

Winnicott nunca deixou de enfatizar o quanto foi fortemente influenciado pelas ideias de Freud e Klein na construção da teoria do desenvolvimento emocional. A influência de Freud e de Klein podem ser consideradas as matrizes do seu pensamento, posto que foram com esses autores com quem mais estabeleceu um franco diálogo ao longo de toda a sua obra. Winnicott se dizia fruto da escola psicanalítica freudiana, mas não tomava como correto tudo o que Freud disse ou escreveu, posto que o mestre vienense continuou desenvolvendo suas teorias ao longo do tempo em que permaneceu vivo (Winnicott, 1950b). Por outro lado, Winnicott reconhece a influência de Melanie Klein, ao afirmar o seu vínculo com suas teorias durante os anos em que se formou analista sob sua supervisão: “Descobri uma analista que tinha muito que dizer sobre as ansiedades que pertencem ao primeiro ano [de vida do bebê]; me instalei para trabalhar auxiliado por ela (...). Aprendi então psicanálise com Melanie Klein, e achei outros mestres comparativamente rigorosos” [acréscimos nossos] (Winnicott, 1962f, p. 158).

Assim, para descrevermos a gramática do silêncio no interior da teoria psicanalítica, buscamos dentro da própria história da psicanálise os diversos sentidos que o silêncio adquiriu.

No primeiro capítulo, analisamos a gênese do silêncio na psicanálise, a partir da contextualização dos escritos de Freud, começando pelos estudos sobre a histeria, revisitando os textos técnicos, a primeira e segunda tópica, até suas últimas contribuições no que se refere à técnica psicanalítica. Sabemos que esse não era o objetivo de Freud: uma pesquisa sistemática sobre o silêncio, pelo contrário, como um pesquisador obstinado e buscando os conteúdos inconscientes que provocavam a diversidade de sintomas observados em seus pacientes, ele estava mais interessado na comunicação desses conteúdos do que no seu silenciamento. Foram os seus herdeiros teóricos que assumiram a tarefa de

problematicarizarem o silêncio dentro da teoria psicanalítica.

O segundo capítulo analisa algumas dessas contribuições teóricas, centrado em dois autores pertencentes ao seletivo Círculo de Viena, a saber: Sándor Ferenczi, e as inovações em termos de manejo da técnica com pacientes difíceis e suas proposições em termos teóricos na compreensão do silêncio, e Karl Abraham, a partir do franco diálogo estabelecido por ele e Freud no que se refere aos tipos clínicos libidinais e sua correspondência aos tipos de silêncio postulados por Robert Fliess.

No terceiro capítulo, apresentamos a teoria do desenvolvimento emocional proposta por Winnicott, a partir da sua descrição da relação mãe-bebê, que se estabelece desde o útero até os primeiros anos de vida. Com isso, mostramos como o silêncio faz parte de um processo maturacional vivido pela dupla, e como é importante a experiência de estados emocionais vividos em completo silêncio para o desenvolvimento do sentido de *self*, do mundo interior e do psiquismo do infante.

A comunicação que se estabelece entre a mãe e o bebê é o tema do capítulo quatro. Neste, analisamos as proposições de Winnicott no que se refere a uma teoria da comunicação e da não comunicação, enfatizando as experiências da confiabilidade, mutualidade e espelhamento mútuo na relação mãe-bebê, no curso do desenvolvimento emocional e processo maturacional. O estabelecimento de uma comunicação silenciosa é ressaltado em oposição à verbalização de estados emocionais e sensações vividas pela dupla.

Por fim, no último capítulo, discutimos as proposições de Winnicott no que se refere à compreensão do silêncio dentro do *setting* analítico, bem como o seu manejo, a partir da revisão de um de seus casos clínicos. Neste capítulo, ressaltamos a compreensão e manejo do silêncio em termos de retraimento, regressão, a sensibilidade e empatia do analista com seu paciente, a vivência de determinados conteúdos inconscientes como um segredo, além de ressaltar o *holding* e a interpretação como modelos positivos de manejo clínico do silêncio.

Winnicott foi um dos autores que mais tentou enfatizar o quanto a compreensão da relação mãe-bebê pode ser útil no entendimento do desenvolvimento emocional e no processo maturacional. Fez do seu trabalho clínico, com pacientes difíceis, o esteio para construir seu pensamento teórico, enfatizando o quanto podemos nos espelhar nessa relação com nossos pacientes,

ora assumindo uma postura de analista ambiente, ora assumindo uma postura de analista objeto. Com isso, ele não trai as suas origens como psicanalista, pelo contrário, ele enfatiza cada vez mais o quanto podemos revisitar o conjunto de ideias deixadas pelo seu mestre vienense, e o quanto podemos rever um conceito que se mantém vivo, cada vez que nos deparamos com nossos pacientes e seu sofrimento psíquico. Positivar o silêncio na clínica e rever o arcabouço teórico de Winnicott no que se refere às suas proposições de uma comunicação silenciosa – não aquela vivida entre a mãe e o bebê, mas entre paciente e analista, é poder contribuir com o debate em torno de uma psicanálise humanamente mais útil.

2

No início, era o verbo...

“De onde provém a inquietante estranheza que emana do silêncio, da solidão, da obscuridade”?

Sigmund Freud, O Estranho

Viena, século XIX. É nesta cidade de grandes mudanças sociais, políticas e científicas que vai nascer uma das mais poderosas ferramentas usadas até hoje para desvelar a mente humana e seus segredos: a psicanálise. Criada em meio a uma fértil atividade cultural e uma grande fascinação pelas doenças mentais e problemas sexuais encontrados nos corredores dos hospitais, na corte imperial e na própria vida social vienense, tudo fervilhava para dar forma a um conjunto de conhecimento que viria sacudir o mundo com suas teses sobre a nossa interioridade.

Em 1882, um médico francês chamado Jean-Martin Charcot publicou um livro chamado *“Sur les divers états nerveux déterminés par l’hypnotisation chez les hystériques”* (Sobre as diversas condições nervosas determinadas pela hipnose na histeria), no qual defendia o uso científico da hipnose para o tratamento da histeria, a doença que dominava o cenário médico e psiquiátrico naquele momento. Charcot, neurologista e professor de anatomia e patologia da Faculdade de Medicina de Paris, inscreveu a histeria no quadro das perturbações fisiológicas do sistema nervoso, propondo novas formas de tratamento clínico, dentre as quais, o uso da hipnose que se tornará de capital importância como método terapêutico. Essa prática marca não só a história da medicina como também a história da psiquiatria, da loucura e da psicanálise para além dos modelos médicos de tratamento de determinados fenômenos patológicos no final do século XIX, tais como hidroterapia, eletroterapia, massagens, assim como a indicação de repouso absoluto.

É no inverno de 1885, que um jovem médico chamado Sigmund Freud vai à Paris disposto a assistir os cursos ministrados por Charcot no hospital Salpêtrière a partir do seu interesse pelo novo modelo fisiológico adotado pelo então professor para tratar a histeria.

De volta à Viena, já em 1886, Freud reencontra seu amigo, o médico Joseph Breuer¹, com quem passou a trabalhar e cujo trabalho com as histéricas se assemelhavam ao de Charcot: a diferença é que Breuer, além do hipnotismo, faz com que suas pacientes remontassem não à história da sua doença, mas à pré-história psíquica dos sintomas a fim de poder localizar o evento que provocou o trauma e consequentemente eliminá-los. Nesse retorno, Freud estabelece uma clínica de doenças nervosas e foi a histeria quem lhe forneceu grande parte de sua clientela direcionando seus estudos e publicações.

Em 1892, seis anos mais tarde, já era possível antever a influência de Breuer nos estudos de Freud até a publicação, no ano seguinte, dos famosos “*Estudos sobre a histeria*” (Freud e Breuer, 1893-1895), desta vez, junto com as contribuições de Joseph Breuer. Mas é a comunicação preliminar que inaugura os estudos pré-psicanalíticos bem como o relato dos primeiros casos clínicos apresentados por Breuer e Freud. Nesses textos, o que observamos é a tentativa de dois médicos buscarem, por meio da palavra, o santo graal para o fenômeno da histeria. Com efeito, podemos afirmar que nessas primeiras publicações, ainda não havia espaço para o silêncio. Basta recordarmos as palavras de Freud:

Nesse estágio avançado do trabalho é útil adivinharmos a associação em curso e participá-lo ao doente, antes mesmo de termos a certeza dela. Se adivinharmos corretamente, a duração da análise será reduzida, mas uma hipótese, mesmo errônea, tem sua utilidade, porque *arrancamos do doente* negações enérgicas que revelam um conhecimento melhor e mais garantido dos fatos [itálicos nossos] (Freud, 1893-1895, p. 246).

Freud e Breuer, como veremos, irão continuamente enfatizar o campo da palavra para se chegar até o que havia provocado os fenômenos histéricos, e como tal, o silêncio não podia tomar seu lugar nesse palco de grandes descobertas.

¹ Freud já tinha conhecimento dos métodos adotados por Breuer antes mesmo dele ir à Paris, em 1885, para assistir as aulas de Charcot. Se por um lado a influência do neurologista francês nos seus estudos é indiscutível, o trabalho junto a Breuer teve maior impacto nas ideias que se seguiram após esse retorno à Viena.

2.1

A palavra entra em cena

Em 1893 Freud e Breuer lançam o artigo “*Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos*”, mais conhecido como “*Comunicação Preliminar*” enfatizando como o tratamento pela hipnose tinha resultado em um grande número de casos bem sucedidos, tanto do ponto de vista teórico como do ponto de vista prático (Freud e Breuer, 1893). Os autores enfatizam ainda como, por meio da hipnose, se conseguia facilmente localizar uma relação simbólica entre a causa e o fenômeno patológico por meio da rememoração do que havia produzido o sintoma histérico.

Em síntese, sob efeito de sugestão hipnótica, o paciente era colocado em um grau de inconsciência no qual podia rememorar o que provocou seu sintoma. Uma vez localizado na memória do paciente hipnotizado o que provocava o sintoma, a etapa seguinte era conseguir extrair o efeito patógeno, fazendo com que o sintoma fosse extinto da sua vida subjetiva. Algumas das vezes, os pacientes faziam uso da simbolização semelhante àquela encontrada no mecanismo dos sonhos, mas nem todos tinham essa capacidade. Era preciso traduzir o afeto, que provocara o sintoma, em palavras:

Verificamos, a princípio com grande surpresa, que cada sintoma histérico individual desaparecia, de forma imediata e permanente, quando conseguíamos trazer à luz com clareza a lembrança do fato que o havia provocado e despertar o afeto que o acompanhara, e quando o paciente havia descrito esse fato com o maior número de detalhes possível e traduzido o afeto em palavras. A lembrança sem afeto quase invariavelmente não produz nenhum resultado (Freud e Breuer, 1893, p. 42).

Desse modo, podemos perceber que na clínica freudiana daquela época, era preciso falar sobre o que se encontrava retido na memória ou na lembrança inconsciente para que se pudesse alcançar o que se queria remover. Segundo Freud e Breuer, o processo psíquico deveria ser repetido o mais nitidamente possível para ser levado de volta ao ponto onde ele ocorreu para que, a partir de então, pudesse receber uma expressão verbal. No entanto, pensavam os autores, cessando a causa cessaria o efeito; mas não era bem isso que acontecia. O fator operativo do sintoma continuava a operar na obscuridade, provocando novos sintomas e os pacientes voltavam cada vez mais a rememorar a cena traumática que havia provocado aqueles mesmos sintomas por meio de uma cadeia de elos

causais. Daí decorre a afirmação de que “os histéricos sofrem principalmente de reminiscências” (Freud e Breuer, 1893, p. 43).

As reminiscências em sua extensão eram desencadeadas por uma reação energética capaz de provocar o afeto. Freud e Breuer afirmavam que a reação poderia se estender a uma gama de reflexos voluntários e involuntários – das lágrimas aos comportamentos de vingança -, e quando essa reação era muito forte, grande parte do afeto desaparecia. Assim, quando a reação é reprimida esse afeto continua vinculado à lembrança que o provocou. Um insulto, um tapa, um acidente, a visão de algo desagradável, uma palavra ou até mesmo a falta dela, tudo seria motivo para produzir no sujeito um efeito mortal que, uma vez reprimido, levaria tempos depois ao aparecimento de algum sintoma vinculado aquilo que o provocou.

De acordo com os autores “a linguagem também reconhece essa distinção, em suas consequências mentais e físicas; de maneira bem característica, ela descreve uma ofensa sofrida em silêncio como uma mortificação – um fazer adoecer” (Freud e Breuer, 1893), daí a importância do falar como um substituto para a ação: ao invés de reagir a algo que nos silencia, nos provoca e nos paralisa, falar pode fazer com que o afeto seja “ab-reagido”. A ab-reação nada mais é do que uma descarga emocional pela qual um indivíduo consegue libertar o afeto do que provocou o sintoma ou acontecimento traumático – a isso se denominou efeito catártico ou catarse, atingido, naquela época, por meio de tratamento hipnótico.

O próprio falar é o reflexo adequado: quando, por exemplo, essa fala corresponde a um lamento ou é a enunciação de um segredo torturante, por exemplo, uma confissão. Quando não há uma reação desse tipo, seja em ações ou em palavras, ou, nos casos mais benignos, por meio das lágrimas, qualquer lembrança do fato preserva sua tonalidade afetiva do início (Freud e Breuer, 1893, p. 44).

Daí entendermos a importância dada pelos autores aos poderes terapêuticos da hipnose: quanto mais fundo se penetrava no inconsciente desses pacientes, mais se conseguia chegar ao momento exato do trauma. Uma vez que se pudesse falar desse momento, sob sugestão hipnótica, mais os sintomas tendiam a desaparecer. Essa forma de trabalho só ficaria evidente, na medida em que os primeiros casos clínicos atendidos por Freud e Breuer vieram a público para mostrar como funcionava a terapêutica empreendida por esses médicos. À

luz dos seus achados, ficava cada vez mais evidente como o início da psicanálise ficou restrito aos poderes terapêuticos através da fala. Vejamos, por meio dos primeiros casos clínicos, como a palavra entra em cena no grande teatro dos sentimentos e das emoções.

O primeiro dos Casos Clínicos refere-se à paciente mais cara e mais importante para a psicanálise: a Senhorita Bertha Pappenheim, também conhecida na literatura psicanalítica como Anna O.. Devemos a ela o fato da psicanálise ser reconhecida hoje como um tratamento enfatizado eminentemente pela palavra, não obstante ter sido Breuer e não Freud quem a atendeu do início ao fim.

Bertha Pappenheim nasceu em 27 de fevereiro de 1859 e Viena ainda era a capital do Império Austro-Húngaro dos Habsburgos. A família, como se sabe, lamentou o fato de ser a terceira filha do casal, pois a espera era por um homem que pudesse levar adiante os negócios da família. Estava com 21 anos de idade em 1880, na ocasião em que adoeceu. Possuía um intelecto poderoso, sabia falar várias línguas, dentre as quais, o alemão, inglês, francês, hebraico, iídiche e italiano. Teve uma infância tranquila apesar da morte das duas irmãs mais novas, restando apenas ela e o irmão mais novo, nascido um ano depois do seu nascimento. Seu sentido de sexualidade não era desenvolvido, mas sua habilidade para leitura dentro das possibilidades educacionais e culturais da Viena no final do século, fazia com que fosse uma ávida leitora dos romances da época, ao passo que produzia suas próprias histórias por meio daquilo que ela denominava de “teatro interior” ou “teatro particular”. Levava uma vida monótona no ambiente familiar de mentalidade puritana, apesar de sua vivacidade intelectual e tremenda capacidade de imaginação, vivendo em seus devaneios quase que ininterruptamente enquanto exercia suas atividades domésticas.

Seu adoecimento sucedeu a uma série de episódios com que Breuer teve que se haver ao longo do seu atendimento: parafrasias, estrabismos, perturbações da visão, paralisias histéricas parciais dos membros inferiores, sonambulismo, hidrofobia, enxaqueca, pequenos surtos psicóticos, afasia, entre tantos outros. Bertha também se queixava de crises de ausência, observadas antes de ela adoecer severamente, e costumava parar de falar no meio de uma frase, repetir as últimas palavras e daí continuar. Também desenvolveu mutismo. Queixava-se de profunda escuridão na cabeça, de não conseguir pensar, de ficar cega e surda. Dois “eus” se apresentavam à sua personalidade; sentiu ainda

profunda desorganização psíquica e funcional da fala, havia dificuldade de encontrar determinadas palavras para se expressar, até perder o domínio da gramática corrente e ficar totalmente muda durante duas semanas. Segundo Breuer, a despeito de seus contínuos esforços, a paciente foi incapaz de emitir uma única sílaba.

É interessante observar nesse caso que o sinal de mutismo aqui apresentado, fazia parte do conjunto dos grandes sintomas do seu histórico médico. Aqui, o silêncio era muito mais uma incapacidade de poder falar e se expressar do que um fator regressivo, introspectivo ou de dificuldade de por em palavras o conjunto de seus pensamentos. Quando Breuer entende que o mutismo estava subsumido a uma ofensa que sofrera por algo que ainda não podia supor, insistiu para que ela falasse no assunto e a inibição inicial, que durara duas semanas, desapareceu por completo. “Só em momentos de extensa ansiedade é que sua capacidade de falar a abandonava por completo, ou então ela utilizava uma mistura de toda sorte de línguas” (Freud e Breuer, 1893-1895).

Na medida em que Breuer a hipnotiza e a faz falar sobre os seus sintomas, contando uma história mesmo que fosse fantasiosa – lembremos que Bertha era de extrema capacidade intelectual e tinha grande capacidade de fantasiar acerca da sua própria vida – seus sintomas histéricos apresentavam alguma melhora, quando não desapareciam por completo. Cada vez que era instada a falar e contar uma história, seu progresso era evidente. Foi nesse momento em que Bertha passou a chamar esse fenômeno de “*cura pela fala*” (“*talking cure*”) quando falava de coisas mais sérias, ou ainda, quando falava em tom de brincadeira, referia-se a uma “*limpeza da chaminé*” (“*chimney-sweeping*”). Desse modo, um a um, seus sintomas foram progressivamente desaparecendo, sobretudo quando a “limpeza” era realizada à noite. Cada vez que Bertha era incitada a se expressar verbalmente sob efeito da sugestão hipnótica, seus sintomas tendiam a desaparecer por completo. Quando Breuer precisava se afastar dos atendimentos devido às suas férias, os sintomas voltavam e todo o trabalho recomeçava de onde parou.

De acordo com o autor, os eventos histéricos dos quais Bertha foi vítima precisavam encontrar uma via de acesso para escoamento, e essa via se dava eminentemente pela fala, conforme descreve Breuer:

Sua hipnose da noite ficava assim intensamente sobrecarregada, pois tínhamos que *escoar pela fala* não só seus produtos imaginários contemporâneos, como também os eventos e os aborrecimentos de 1881. (...) Além de tudo isso, o trabalho a ser executado pela paciente e por seu médico era imensamente aumentado por um terceiro grupo de perturbações isoladas, que tinham de ser eliminadas da mesma maneira. Tratava-se de eventos psíquicos em jogo no período da incubação da moléstia, entre julho e dezembro de 1880; eles é que haviam produzido todos os fenômenos histéricos e, quando receberam expressão verbal, os sintomas desapareciam [itálicos nossos] (Freud e Breuer, 1893-1895, p. 69).

Atentem para o detalhe com que Breuer lidava com os sintomas de Bertha. Havia uma certa “substância” traumática que produzia os sintomas da paciente e que se referia ao seu passado. Essa substância era algo que precisava ser *encontrado, capturado, dissolvido* e posteriormente *escoado pela fala*. A sugestão hipnótica era a forma encontrada para dissolver esses sintomas por meio da expressão verbal.

Em outro segmento, Breuer afirmava que o mesmo se dava com o grande conjunto de sintomas que a paciente apresentava: “Suas paralisias espásticas e anestésias, os diferentes distúrbios da visão e da audição, as nevralgias, tosses, tremores, etc., e por fim seus distúrbios de fala foram *‘removidos pela fala’*” [itálicos nossos] (Freud e Breuer, 1893-1895, p. 70).

Como se vê, Bertha evidenciava um conjunto de sintomas de difícil tratamento pela medicina da época. Com o objetivo de curar a paciente, Breuer não deixou de envidar todos os esforços de que dispunha para alcançar esse objetivo. No que se refere à *hipnose noturna*, que passou a ser cada vez mais usada com a paciente e em razão do número e grau dos diferentes sintomas apresentados por ela, ficava cada vez mais difícil eliminar esses sintomas pela fala, devido Bertha encontrar-se muito tensa e profundamente perturbada pelo conjunto de sintomas apresentados. Outro motivo da demora em se alcançar a cura foi o fato das reminiscências precisarem de tempo para se tornarem nítidas o suficiente para serem trabalhadas sob hipnose. Porém, a alternativa empregada pelo médico foi visitar a paciente pela manhã e, sob *hipnose diurna*, concentrar esforços nas lembranças dos sintomas apresentados e, descrevendo as ocasiões em que eles surgiam, poderia mais facilmente localizá-los e removê-los. À noite, de volta à *hipnose noturna*, ela fazia um relato detalhado das circunstâncias dos eventos traumáticos que provocavam os sintomas, com a ajuda das anotações feitas por Breuer.

Em determinados momentos, o trabalho com Bertha não podia prosseguir devido a dificuldade de uma lembrança emergir em sua memória. Seguidamente Bertha experimentava momentos de silêncio, o que era interpretado pelo médico como alguma censura ou repressão dos afetos que não deixavam que essas lembranças viessem à luz. Sem poder falar sobre uma lembrança reprimida, era impossível que o médico pudesse executar seu trabalho utilizando a hipnose diurna ou noturna. Em todo caso, a “*limpeza da chaminé*” era evidenciada não só pela sugestão hipnótica como pela possibilidade da paciente de representar os sintomas ou, dito de outro modo, a cura só era possível pela via da fala. Era assim que um a um, todos os sintomas apresentados por Bertha foram sendo removidos e eliminados por Breuer. Freud tomou conhecimento deste caso, o que provocou grande repercussão na sua clínica.

Por exemplo, em maio de 1889, ele passou a tratar de uma senhora de cerca de 40 anos cujos sintomas e personalidade tomaram grande parte do seu tempo, a Sra. Emmy Von N. De acordo com Freud, Emmy era histérica, facilmente hipnotizável e poderia ser posta em estado de sonambulismo sem muita dificuldade. Bastava levantar um dedo, diz ele, para que ela se reclinasse e dormisse, motivo pelo qual resolvera usar a técnica empregada por Breuer no tratamento com Bertha Pappenheim. Assim, Emmy Von N. foi a primeira paciente de quem Freud tratou por meio do método proposto por seu eminente amigo e médico².

O primeiro encontro com Emmy é descrito por Freud com características singulares. De acordo com o neurologista, o rosto da paciente tinha uma expressão tensa e penosa, as pálpebras estavam cerradas e os olhos baixos; a testa apresentava profundas rugas e as dobras nasolabiais eram acentuadas. Falava em voz baixa, como se tivesse dificuldade, e a fala ficava de tempos em tempos sujeita a interrupções espásticas (convulsivas), a ponto dela gaguejar. Conservava os dedos firmemente entrelaçados e exibiam uma agitação incessante. Além disso, a paciente apresentava movimentos convulsivos semelhantes a tiques nervosos, no

² Além deste caso, Freud também tratou da Senhora Caecilie M., uma paciente que viera a conhecer de modo pormenorizado do que qualquer outra paciente, mas que por questões pessoais, não pudera apresentar seu caso nesses estudos clínicos pré-psicanalíticos. Segundo o metapsicólogo, o caso da Senhora Caecilie M., junto com Emmy Von N. lhe deu maiores informações acerca do fenômeno histérico, comprovando tanto as suas hipóteses quanto as de Breuer acerca da sintomatologia e tratamento da histeria.

rosto e nos músculos do pescoço e produzia um estalo com a boca. Emmy era descrita por Freud como uma paciente de fala coerente, inteligente e instruída, porém, a cada três minutos se calava subitamente, contorcia o rosto numa expressão de horror e nojo, estendia a mão em direção ao médico abrindo e entortando os dedos exclamando: “Fique quieto! Não diga nada! Não me toque!” (Freud e Breuer, 1893-1895, p. 82-83).

O tratamento com Emmy foi empreendido no início por meio de banhos quentes, massagens diárias feitas pelo próprio Freud e as primeiras sessões de hipnose sem grandes dificuldades. Ao ser hipnotizada as contorções ressurgiam e os gritos para que o médico ficasse quieto e não a tocassem eram reproduzidos.

Emmy sofria de alucinações com animais – um rato branco ou camundongos eram motivo de pavor - e não se lembrava de absolutamente nada do que contava sob efeito hipnótico ao seu médico. Porém, afirmava que todo o seu sintoma dizia respeito ao momento em que ela era uma criança aos cinco anos de idade. O horror aos animais era decorrente dos irmãos lhe atirarem animais mortos, o que provocava espasmos e desmaios. Depois, recorda-se do terror que foi ver sua irmã em um caixão quando morrera e em seguida, deu-se a lembrança do medo que tinha do irmão quando este ficava por baixo dos lençóis como um fantasma. Emmy ainda experimentou momentos de gagueira, dores gástricas e no pescoço. Lembrava-se do dia em que fora a um asilo de loucos, do derrame cerebral da própria mãe, da morte desta, e muitas vezes a sua fórmula protetora se repetia: “Fique quieto! Não diga nada! Não me toque!”, voltando a ficar alegre depois de alguns momentos.

O “fique quieto”, segundo Freud, relacionava-se com as formas animais que lhe apareciam por meio de alucinação. O “não me toque” referia-se à lembrança da doença de um de seus irmãos que tentava lhe agarrar a todo custo bem como ao fato de um conhecido que considerava louco também tentar lhe agarrar o braço; por fim, a última lembrança referia-se à doença da própria filha que, em seu delírio, abraçara-lhe com tanta força que chegou a sufocá-la. Todas essas memórias penosas e que provocavam horror a Emmy foram “apagadas” uma a uma por Freud, garantindo-lhe que em seguida ela passaria a dormir melhor. De qualquer modo, cada lembrança desprazerosa recordada e verbalizada ao seu médico era removida uma a uma por sugestão hipnótica, a exemplo do que aconteceu com a paciente de Breuer. Chama-nos a atenção o fato de Freud

“apagar” as lembranças que causavam desprazer a Emmy. Se por um lado Breuer fazia “escoar pela fala” os sintomas histéricos de Bertha, Freud “removia” ou “apagava” essas lembranças que provocavam os sintomas histéricos de Emmy. É digno de nota que a supressão dos sintomas era o efeito pretendido nesse momento que antecedeu a psicanálise.

Se Bertha Pappenheim foi quem melhor traduzira o tratamento psicanalítico como “cura pela palavra”, fora Emmy Von N. quem introduzira a ideia de que era preciso se recordar e dizer absolutamente tudo o que se passava pela mente ao seu médico para que ele pudesse intervir.

Aproveitei também a oportunidade para lhe perguntar por que ela sofria de dores gástricas e de onde provinham. (...) Sua resposta, dada a contragosto, foi que não sabia. Pedi-lhe que se lembrasse até amanhã. Disse-me então, num claro tom de queixa, que eu não devia continuar a perguntar-lhe de onde provinham isso ou aquilo, mas que a deixasse contar-me o que tinha a dizer. Concordei com isso e ela prosseguiu, sem nenhum preâmbulo (Freud e Breuer, 1893-1895, p. 95).

Com Emmy, a palavra não só entrava em cena, mas pedia passagem no grande palco dos fenômenos histéricos. Claro que Freud descobriu muitos percalços ao longo do tratamento com o uso da hipnose. Em sua jornada, verificou claramente a resistência que sua paciente impunha à hipnose e à incitação ao discurso pelo seu médico. Ora encontrava-se reprimindo alguma lembrança que dificultava o acesso à memória do que provocava o sintoma, ora resistia bravamente às investidas da sugestão hipnótica. Outras vezes, Freud passou a descobrir que quanto mais a relação médico-paciente se estreitava, mais essas resistências tendiam a cair e mais o tratamento progredia a despeito dos seus esforços para assegurar à paciente que seus sintomas seriam eliminados um a um e que ela teria sua saúde restabelecida; quanto mais ela falasse, mais o afeto que estaria ligado a esses sintomas tenderia a ab-reagir, ou seja, a se dissipar ou dissolver. Freud passa a descobrir a dinâmica da transferência, conforme afirma Zolty:

Emmy Von N. aponta a demanda de Freud, demanda de que ela confirme seu saber de médico sobre a origem de seus sintomas; ela se recusa a ocupar um lugar como objeto de uma teoria nascente. Responde a Freud que *não sabe nada disso* e reivindica esse nada a dizer, exortando Freud a se calar. Com isso ela abre o espaço da transferência. Desvia Freud de sua demanda de saber e lhe designa uma função particular na dinâmica do tratamento; pois o que ela tem a dizer, esse *nada a dizer*, esse nada que não deixe de se dizer, é bem isso o que ela pede [itálicos do autor] (Zolty, 2010, p. 192).

De acordo com Freud, não haveria resíduos na memória enquanto houvesse descarregamento do estado de excitação por ab-reação ou pela atividade do pensamento. A hipnose promoveria essa experiência de modo a liberar o afeto do sintoma e empreendendo a cura dos sintomas da maioria dos pacientes histéricos. Durante o atendimento a Emmy Von N., Freud estava se perguntando continuamente e sem reservas sobre o uso terapêutico da hipnose, correlacionando-os com os sintomas e as lembranças que Emmy trazia por meio do seu discurso. Quanto mais a paciente verbalizasse, mais a possibilidade de encontrar o lugar onde o sintoma se originou ficava claro para o médico, e assim, a exemplo de Breuer, Freud foi removendo paulatinamente todos os sintomas apresentados pela sua primeira paciente ao usar a hipnose. Houve mais três casos que mereceram destaque e publicidade, sustentando os poderes terapêuticos da palavra, sem dar abertura para o silêncio.

No fim de 1892, é encaminhada para Freud Miss Lucy R., uma jovem de trinta anos que vinha sendo tratada por um colega seu de rinite supurativa, muito provavelmente Wilhelm Fliess. Miss Lucy era de origem inglesa e vivia como governanta na casa de um rico industrial. Apresentava constituição delicada, pigmentação deficiente, mas gozava de boa saúde, a exceção do seu problema nasal. Porém, sofria de depressão e fadiga, era atormentada por alucinações olfativas, tinha analgesia geral, sem perda da sensibilidade tátil e não possuía reflexos no nariz.

Miss Lucy R. não frequentava o consultório de Freud com muita assiduidade, posto que tanto ele quanto ela dispunham de poucos horários em comum. Contrariamente a Emmy Von N., Miss Lucy R. não era facilmente hipnotizável, e as diversas tentativas por parte de Freud de levá-la a um estado hipnótico não surtiram efeito, motivo este que o levou dar prosseguimento ao tratamento da paciente sem o uso do método catártico. Este é o caso em que Freud abandona pela primeira vez a hipnose e passa a deixar a palavra entrar em cena sem efeito da sugestão.

Abri mão do sonambulismo e conduzi toda a sua análise enquanto ela se encontrava num estado que, a rigor, talvez tenha diferido muito pouco de um estado normal. (...) Descobri que pelo menos *meus* poderes estavam sujeitos a graves limitações e que, quando o sonambulismo não era provocado num paciente nas três primeiras tentativas, eu não tinha nenhum meio de induzi-lo. A percentagem de casos acessíveis ao sonambulismo era muito menor, em minha experiência, do que a relatada por Bernheim. (...) Ao abrir mão do

sonambulismo, talvez me estivesse privando de uma precondição sem a qual o método catártico não parecia utilizável, pois esse método era claramente baseado na possibilidade dos pacientes, em seu estado alterado de consciência, terem acesso às lembranças e serem capazes de identificar ligações que não pareciam estar presentes em seu estado de consciência normal [itálicos do autor] (Freud, 1893-1895, 135-137).

Freud começava então a descobrir que não seria necessário fazer uso de estados alterados de consciência para que as lembranças e as representações viessem à luz, o que teria como consequência a eliminação dos sintomas manifestos na histeria. É o momento em que ele faz uso de um procedimento novo: a *técnica da pressão*. Essa técnica consistia em que as lembranças fossem revividas por meio de uma ordem delicada e de uma pressão com a mão na testa da paciente. Nesse momento o médico é mais ativo, insistindo para que essas lembranças se façam presentes e sejam verbalizadas pelo paciente, pois seu pressuposto é o de que os pacientes sempre sabem o significado patológico de seus sintomas. Afirma Freud:

Resolvi partir do pressuposto de que meus pacientes sabiam tudo o que tinha qualquer significado patológico e que se tratava apenas de uma questão de obrigá-los a comunicá-los. Assim, quando alcançava um ponto em que, depois de formular ao paciente uma pergunta como “Há quanto tempo tem este sintoma?” ou “Qual foi sua origem”, recebia como resposta “Realmente não sei.”, eu prosseguia da maneira seguinte. Colocava a mão na testa do paciente ou lhe tomava a cabeça entre as mãos e dizia: “Você pensará nisso sob pressão da minha mão. No momento em que eu relaxar a pressão, verá algo à sua frente, ou algo aparecerá em sua cabeça. Agarre-o. Será o que estamos procurando. – E então, o que foi que viu ou o que lhe ocorreu?” (Freud, 1893-1895, p. 137).

Freud se surpreende com os resultados dessa nova técnica e fica mais excitado ainda quando, ao emprega-la, seus pacientes passavam a responder que “não viam nada” ou que “nada lhes ocorreu”. Sua concepção era a de que algo fazia com que as lembranças de seus pacientes não fossem postas em palavras, de que não haveria consciência do que representavam essas lembranças e de que eles se recusavam a lhe contar o que haviam pensado devido ao mecanismo da censura. Freud passa então a insistir para que o paciente lhe conte do que se recorda: era preciso dar voz a essas recordações.

Às vezes, quando após três ou quatro pressões eu tinha por fim **extraído a informação**, o paciente replicava: “Aliás, eu de fato já sabia disso desde a primeira vez, mas era justamente o que eu não queria dizer”, ou então, “Eu tinha esperança de que não fosse isso”. (...) Posso afirmar que esse esquecimento é muitas vezes intencional e desejado, e seu êxito nunca é mais do que *aparente*. (...) Reconhecer alguma coisa é uma tarefa mais leve

para a memória do que pensar nela espontaneamente. [itálicos do autor, grifos nossos] (Freud, 1893-1895, p. 138-139).

Como vemos, é a partir dessa indicação nova que o psicanalista vienense passa a supor que as palavras têm de ser postas a nu para que se possam alcançar os sintomas, removê-los e reestabelecer a saúde do seu paciente. Freud passa a ser mais do que um detetive em busca daquele que cometeu um crime; torna-se um impressionante instigador das memórias e lembranças inconscientes de seus pacientes, questionando-os incansavelmente em busca da lembrança encobridora dos seus sintomas. Portanto, não há nenhum espaço para o silêncio nesse momento inicial da constituição da psicanálise.

Em uma extensa nota de rodapé apresentada no caso de Miss Lucy R., Freud tece alguns comentários adicionais sobre o emprego dessa nova técnica demonstrando como ele extraia a confissão de seus pacientes (Freud, 1893-1895). Ao atender uma mulher de trinta e oito anos que sofria de neurose de angústia e que relutava em admitir como havia adquirido essa perturbação psíquica durante sua vida de casada, Freud a questiona sobre como foi sua vida antes do casamento. A paciente passa a contar-lhe quando teve seu primeiro acesso de tontura na rua, por volta dos dezessete anos, seguido de angústia e sensações de desmaio. Esses sintomas iam e vinham e, suspeitando deles, Freud passa a questionar a paciente. Esta responde que a primeira vez que esse primeiro ataque veio foi no momento em que ela saía para fazer compras. Na sequência, se dá o seguinte diálogo:

- O que a senhora ia comprar?

- Coisas diferentes, creio; eram para um baile para o qual eu tinha sido convidada.

- Quando esse baile ia ser realizado?

- Dois dias depois, acho.

- Alguma coisa deve ter acontecido para agitá-la alguns dias antes, algo que a impressionou.

- *Não consigo pensar em nada.* Afinal de contas, isso aconteceu há vinte e um anos.

- Isso não faz diferença; você pensará em alguma coisa ou verá algo, e deverá dizer-me o que é.

Freud se utiliza do método da pressão e nos informa que a paciente permaneceu silenciosa. Em seguida, pergunta:

- Então, não lhe ocorreu nada?
- Pensei numa coisa, mas não pode ter nenhuma ligação com isso.
- De qualquer maneira, diga.
- Pensei numa amiga, uma moça que já morreu.

Na sequência, a senhora interrogada passa a descrever a morte da amiga. Freud a questiona sobre como foi esta morte e como foi doloroso vivenciar isso aos dezessete anos, para finalmente enfatizar: “Está vendo? Eu lhe disse que podíamos confiar nas coisas que lhe vêm à cabeça sob a pressão da minha mão. Agora, pode lembrar-se do que estava pensando quando ficou tonta na rua?” (Freud, 1893-1895, p. 140).

A mulher responde:

- *Não estava pensando em nada*, apenas me senti tonta.

- Isso não é possível, argumenta Freud. Esses estados nunca acontecem sem serem acompanhados de alguma ideia. Pressionarei mais uma vez e você recordará o pensamento que teve... Então o que lhe ocorreu? (Freud, 1893-1895, p. 140).

Não satisfeito, Freud ainda afirma que precisava saber de algum fator desencadeador que pudesse provocar a lembrança naquela ocasião específica e continua o interrogatório. A paciente recorda-se do que havia feito naquele dia ao passar na frente da casa da amiga que falecera. Freud afirma que a visão da casa da amiga da paciente a fez lembrar de que ela falecera e a fizera passar mal, mas ainda assim pensa que haveria alguma ação que tivesse despertado a disposição histórica da paciente. Volta a perguntar-lhe mais uma vez sobre o ocorrido, tendo agora como foco principal a sexualidade da paciente. O interrogatório foi extenuante, afirma Freud, posto que a obtenção desses dados tornou-se uma tarefa trabalhosa exigindo-lhe confiança em sua técnica para ressuscitar as lembranças esquecidas da paciente há mais de vinte anos.

O relato deste caso somado ao tratamento de Miss Lucy R. fez com que Freud passasse a compreender o mecanismo do recalçamento e sugerisse que ele seria a base para o desenvolvimento dos episódios de conversão histórica, total ou parcial. Nesse intervalo, começa a duvidar da eficiência do método catártico ao encontrar o lugar exato do sintoma nas lembranças inconsciente dos seus

pacientes a ponto de removê-lo, seja sob o efeito hipnótico ou simplesmente deixando o paciente falar livremente (ab-reação) a partir da técnica de sugestão ativa. Descobre nesse ínterim que os sintomas reapareciam sob outra forma, uma vez eliminados. É no encontro accidental com uma jovem chamada Katharina que Freud começa a formular a ideia de associação livre no conjunto do tratamento que propunha.

Katharina chegou até Freud casualmente quando este se encontrava de férias na cordilheira dos Alpes Orientais. Ela tinha por volta de dezoito anos e era filha dos donos da hospedaria onde ele se registrou. A moça apresentava uma constituição forte e sólida, apesar de uma aparência tristonha. Dizia sofrer dos nervos, sentindo muita falta de ar a ponto de ficar sufocada; sentia também pressão nos olhos, cabeça pesada, um zumbido constante nos ouvidos, aperto na garganta e pressão no peito, o que causava sua falta de ar. Achava que ia morrer, porém andava sozinha por onde morava; em todo caso, quando esses sintomas apareceram, dizia não poder sequer sair da cama, pensando que alguém iria agarrá-la. Freud desconfia desses sintomas e contrariamente a uma “doença dos nervos”, presume se tratar de uma “neurose de angústia” com uma “aura histérica” ou, dito de outro modo, de um ataque histérico com conteúdos de angústia.

Freud prossegue com a sua investigação e descobre que a moça tem visões de um rosto que a espreita deixando-a assustada, pois não o reconhece. Esses sintomas apareceram pela primeira vez há dois anos, quando ela morava com sua tia em outra casa também numa montanha. O futuro metapsicólogo desconfia de que esses sintomas referem-se ao primeiro contato com o mundo da sexualidade e informa isso a jovem Katharina, que não só concorda como também reforça este pensamento: ela vira seu tio em intimidades sexuais na cama com outra jovem; foi a primeira vez que havia sofrido da falta de ar. Dois dias depois desse incidente, Katharina recorda ter sentido falta de ar em um momento em que estava pensando na cena do seu tio com a jovem moça na cama, e não correlaciona os fatos com seus sintomas.

Perspicaz, Freud passa a perguntar à jovem Katharina ao que ela associa a lembrança desses fatos, percebendo que aqui ou acolá, a jovem interrompe seu discurso por impossibilidade de lembrar totalmente do que havia acontecido, em completo silêncio. De acordo com Freud, a sintomatologia da histeria corresponde a uma escrita pictográfica que se torna inteligível após a

descoberta de algumas inscrições bilíngues. Nesse alfabeto, estar doente corresponde ao sentimento de repulsa daquilo que se recorda; daí o silêncio (Freud, 1893-1895, p. 155). O discurso de Katharina não só corresponde às hipóteses de Freud como as reforça ao lembrar, por meio da cadeia de associações livres, de duas outras histórias de conteúdo sexual: uma com o próprio tio, que fizera investidas quando ela tinha quatorze anos de idade (muito embora ela não houvesse reconhecido nessas investidas algum caráter sexual, e se o fez, deve ter recalcado); a outra se refere especificamente ao tio com a jovem em intimidades na cama, descrita anteriormente. Ao final do relato, a jovem conseguiu reunir as duas lembranças em um só pensamento, passando a compreender a origem dos seus sintomas, inclusive, identificando o rosto que costuma ver como sendo o do seu próprio tio. É a partir desse caso que Freud postula a sua primeira teoria da sedução: um trauma imposto por adultos a crianças ou adolescentes, muito embora, anos mais tarde vá abdicar dessa sua teoria. “Não creio mais em minha neurótica”, dirá ele a Fliess.

Na medida em que Freud vai reconstruindo os fatos ligados ao sintoma de Katharina por meio de suas associações, aos poucos a jovem vai compreendendo toda a sintomatologia dos seus acessos histéricos, sentindo-se aliviada. Freud agora tinha mais uma ferramenta com que trabalhar quando outro caso surgisse.

É no ano de 1892 que ele vai encontrar a Senhorita Elisabeth Von R.. Elisabeth tinha vinte e quatro anos e foi encaminhada a Freud por um amigo médico. Descrita como uma paciente que vinha sofrendo há mais de dois anos de dores nas pernas e com dificuldades para andar, ela era inteligente e mentalmente normal, suportando a interferência dos seus sintomas em sua vida - a *belle indifferença* dos histéricos, afirmou Freud (1893-1895, p. 161). Andava com a parte do corpo inclinado para frente sem fazer uso de qualquer apoio e reclamava constantemente da dor, o que a fazia parar alguns minutos depois de uma longa caminhada. A parte anterior da superfície da coxa direita era sensível ao toque e foco principal da dor. No entanto, descreve Freud, não havia explicação para o conjunto de sensações dolorosas apresentadas por esta paciente. Seu objetivo foi encontrar as razões que a fizeram adoecer.

De acordo com Freud, a dificuldade do caso transformou-se em uma das maiores tarefas por ele empreendidas até aquele momento, descrevendo-o

como a sua primeira análise real de uma histeria, abrindo mão inteiramente da hipnose.

Ocorreu assim que nesta, que foi a primeira análise integral de uma histeria empreendida por mim cheguei a um processo que mais tarde transformei num método regular e empreguei deliberadamente. Esse processo consistia em remover o material psíquico patogênico camada por camada e gostávamos de compará-lo à técnica de escavar uma cidade soterrada. Eu começava por fazer com que a paciente me contasse o que sabia e anotava cuidadosamente os pontos em que alguma sequência de pensamentos permanecia obscura ou em que algum elo da cadeia causal parecia estar faltando (Freud, 1893-1895, p. 165).

O relato de Elisabeth Von R. foi uma decepção para ele a partir da recapitulação da sua história pessoal – nada fazia com que se chegasse ao que provocava as dores desta paciente, até ele intervir diretamente sobre seu discurso e perguntar-lhe a impressão psíquica que estava vinculada às suas dores. Usou o recurso da hipnose, mas Elisabeth afirmava que não podia ser hipnotizada. Por fim, aplicou-lhe a técnica da pressão solicitando a ela que contasse tudo o que estivesse na sua mente no momento em que tirasse a mão de sua testa; a paciente ficou calada por um longo período de tempo e só depois, por insistência de Freud, é que ela passou a relatar-lhe os fatos que passara a se recordar. Lembrara-se de um rapaz que a acompanhou em casa depois de uma festa, e essa lembrança abriu uma nova corrente de pensamentos e de representações “cujos conteúdos *extraí então gradativamente*” [itálicos nossos] (Freud, 1893-1895, p. 170).

Os motivos que levaram Elisabeth a adoecer importavam menos do que o método empreendido por Freud. A técnica empregada, de associação livre, com ou sem a pressão, faz com que a paciente se recorde de vários episódios que a deixaram doente e paulatinamente passa a associar um após outro, os motivos que talvez a levaram adoecer e padecer das suas dores.

Nesse momento, o silêncio passa a fazer parte do processo analítico. É neste caso que momentos de silêncio começam a surgir na dinâmica da análise, malgrado Freud ainda não soubesse como manejá-lo, insistindo para que a paciente contasse o que ainda sabia sobre seu sintoma: “Quando a moça parava de falar, mas admitia ainda estar sentindo dor, eu sabia que ela não me havia contado tudo e insistia para que continuasse sua história, até que *a dor se esgotasse pela fala*. Só então eu despertava uma nova lembrança” [itálicos nossos] (Freud, 1893-1895, p. 173).

O silêncio passa a ser considerado, no momento em que Freud se dá conta, de que há não só aspectos de difícil acesso aos conteúdos inconscientes que provocam determinados sintomas, como também processos obscuros com os quais ele devia lidar na condução de uma análise - tais como a censura, o recalque ou a resistência -, demonstrados pela negação por parte do paciente de que algo havia lhe ocorrido quando aplicada a técnica da pressão para a rememoração de alguma lembrança:

Quando eu lhe pressionava a cabeça, ela sustentava que nada lhe havia ocorrido. Eu repetia a pressão e lhe dizia que esperasse, mas ainda assim nada aparecia. Nas primeiras vezes em que surgiu, essa recalcitrância permitiu-me interromper o trabalho: era um dia desfavorável, tentaríamos em outra ocasião (Freud, 1893-1895, p. 177).

O método, segundo Freud, nunca falhava! Se o paciente não falava após a pressão na cabeça, duas saídas seriam possíveis: ou o paciente estava se opondo de modo crítico ao tratamento, o que seria um contrassenso, posto que todo o trabalho objetivava a recuperação da sua saúde, ou estava hesitando em contar-lhe o que ocorria por considerar as lembranças muito desagradáveis. Não importava. A regra era clara: “sua obrigação era a de ser inteiramente objetiva *e dizer o que lhe viesse à cabeça*, quer fosse apropriado, quer não” [itálicos nossos] (Freud, 1893-1895, p. 177-178).

Confiante no fato de que a técnica não falhava, Freud passou a compreender os mecanismos psíquicos dos processos inconscientes, encontrando no silêncio uma dificuldade no acesso às lembranças, às memórias e ao próprio inconsciente de seus pacientes na forma de resistência. Este era um obstáculo que precisava ser ultrapassado para o bem da teoria e do tratamento que passara agora a se constituir como modelo terapêutico.

2.2

Uma dificuldade no caminho da psicanálise

A cura pela palavra foi a forma como foi sendo definida a teoria e a técnica que Freud construía ao longo dos anos que se seguiram aos estudos sobre a histeria, dando “voz” aos sintomas de seus pacientes. Como vimos, nos primórdios da psicanálise, Freud intervém sem parar. Pergunta, questiona, duvida, volta ao ponto inicial do discurso, quer saber detalhes, estimula o tempo todo seus

pacientes a falarem quando estes se retraem diante de algum pensamento. A técnica psicanalítica ainda não estava aprimorada. Ela estava em efervescência e Freud estava tomado pela sua descoberta. Ele precisava testá-la, operacionalizá-la, comprovar as teorias que vinha construindo. Nesse embate de ideias, o paciente fala, o analista fala, não havia espaço para o interdito.

O interdito, aquilo do qual não se fala, aquilo que não é posto em palavras ou verbalizado e pode aparecer sob a forma de um esquecimento, foi tratado por Freud em três textos lapidares: “*O mecanismo psíquico do esquecimento*”, “*Lembranças encobridoras*” e “*Sobre a psicopatologia da vida cotidiana*”, demonstrando como no esquecimento de nomes próprios e palavras estrangeiras haveria uma íntima relação com os mecanismos de recalque e de resistência (Freud, 1898; 1899; 1901). Ora, se por um lado a psicanálise é constituída sobre e pela palavra, o silêncio é seu ponto de partida, uma palavra que teima ficar constantemente em espera.

Por outro lado, se nos estudos sobre a histeria Freud não trata nem se utiliza do silêncio no manejo da técnica empreendida com seus pacientes para compreender o que se passa na dinâmica psíquica inconsciente, com a “*Interpretação dos Sonhos*” (Freud, 1900-1901) ele funda definitivamente a psicanálise no pensamento ocidental contemporâneo passando a compreender a constituição psíquica em termos de inconsciente, pré-consciente e consciente, concepção esta que ficou conhecida como a primeira tópica ou “psicologia do inconsciente”, chamando a atenção para a origem da resistência como ação proveniente do recalque, ou seja, aquele que impede o acesso aos conteúdos inconscientes (Pellegrino, 1988). Sua finalidade é a busca dos conteúdos manifestamente inconscientes que produzem a diversidade de sintomas desde o período dos “Estudos sobre a Histeria” e que preenchiam as lacunas mnêmicas que conduziam até o núcleo patogênico da doença. Os processos inconscientes, como sabemos, eram considerados em função da resistência ao tratamento ou à figura do médico e da censura, no que elas se constituíam como obstáculos à possibilidade de alcançar o material recalque. Assim, a psicanálise também ficou conhecida como uma hermenêutica do sujeito, para usar a expressão de Foucault (2002), ou seja, uma “arte da interpretação” (Freud, 1914), como o próprio Freud chegou a afirmar muito tempo depois:

Vinte e cinco anos de trabalho intensivo tiveram por consequência atribuir à técnica analítica objetivos imediatos totalmente diferentes dos seus objetivos iniciais. No começo, com efeito, toda a ambição do médico-analista se limitava a trazer à tona o que se encontrava oculto no inconsciente do doente e, após estabelecer uma coesão entre os elementos inconscientes assim descobertos, participa-los ao doente no momento adequado. A psicanálise era, sobretudo, uma *arte de interpretação*. Mas como essa arte era impotente para resolver o problema terapêutico, recorreu-se a um outro meio que consistia em obter do doente uma confirmação da construção elaborada no trabalho analítico, levando-o a lançar mão de suas lembranças. Esse esforço esbarrava, sobretudo, nas resistências do doente; a arte passou a consistir então, na descoberta dessas resistências o mais rápido possível e, usando a influência puramente inter-humana (a sugestão agindo na qualidade de transferência) fazê-lo decidir a abandonar suas resistências [itálicos nossos] (Freud, 1920, p. 21)

Aqui, Freud enfatiza o lugar não só da resistência como também da transferência na relação analítica, sendo esta última um dos principais instrumentos da ação terapêutica. Freud considerou preponderante o papel da resistência e da transferência na sua prática clínica enquanto uma arte da interpretação. De acordo com Pellegrino,

Ao designar a psicanálise como a “arte da interpretação”, Freud se referia à “psicanálise dos conteúdos” decorrente de uma concepção tópica das neuroses, cuja finalidade terapêutica era “tornar consciente o inconsciente”, com a consequente eliminação da amnésia infantil e a supressão de todos os obstáculos a este fim. Essa terapia do inconsciente, centrada sobre a palavra, só se interessava pelo discurso, único meio de se alcançar as produções inconscientes. Deste ponto de vista, o silêncio só podia ser considerado como um obstáculo indesejado, que deveria ser rapidamente superado (Pellegrino, 1988, p. 179).

A resistência, na forma de silêncio, era inoportuna aos objetivos da análise; ela impedia o acesso às lembranças inconscientes e às recordações de infância dos pacientes, assim como ao núcleo patogênico do sintoma. O silêncio naquele instante não só impedia que as lembranças fossem postas em palavras como também provocava uma ruptura do fluxo associativo, ligando-o ao temor do paciente em deslocar para a figura do médico representações dolorosas que fatalmente surgiam das associações. Nesse instante, Freud se dá conta de que não só a resistência, como o recalque decorrente da ação da censura impedia o fluxo associativo. Somem-se a isso os afetos deslocados para a figura do médico, sobretudo de cunho erótico ou amoroso (tal como ocorreu entre Breuer e Ana O.), produzindo uma falsa conexão entre o sintoma e o processo terapêutico decorrente da transferência. Ele também descobre que esses afetos não são dirigidos de fato ao médico, mas deslocados ou transferidos para a sua pessoa. Assim surgem as

primeiras ideias sobre o fenômeno da transferência e seu manejo. Definindo a transferência, era possível compreender o deslocamento do afeto e os desejos inconscientes despertados pelo médico no tratamento dos pacientes.

De acordo com Pellegrino (1988), se nos “*Estudos sobre a Histeria*” Freud não trata do problema apresentado pelo silêncio dos seus pacientes, contrariamente ao que se poderia supor, por meio da relação entre o silêncio e o recalque na histeria ele já passa a traçar uma direção que relacionará o silêncio do paciente às questões ligadas ao manejo da transferência, questões essas que serão expostas nos seus artigos sobre a técnica psicanalítica.

Seguindo suas primeiras formulações metapsicológicas, o silêncio só poderia ser concebido como “resistência do recalque”. Nessa época, para Freud, o recalque coincidia em larga escala com o inconsciente, sendo que o modelo teórico do recalque foi usado como protótipo para outras operações defensivas. Assim, a verbalização, tão cara à psicanálise no seu início, era considerada um dos meios pelos quais se produzia uma reorganização das forças energéticas no aparelho psíquico devido a uma descarga controlada de pequenas quantidades de energia pulsional. Neste caso, o silêncio era um dos responsáveis pelo acúmulo de forças pulsionais não descarregadas constituindo expressão do recalque (Pellegrino, 1988, p. 181-182).

Ora, sabemos bem que o recalque é uma operação cuja finalidade é afastar da consciência representações indesejáveis e evitar o desprazer (Freud, 1915b). De acordo com Pellegrino (1988), o silêncio como expressão do recalque faz parte de uma instância que recalca essas representações, a censura. Do ponto de vista econômico, prossegue a autora, o silêncio identificado ao recalque pela via da censura se refere à energia não ligada do aparelho psíquico. Portanto, o silêncio nesta perspectiva só pode ser considerado como o “vazio do recalque”, isto é, expressão de um jogo de forças que levam o aparelho psíquico a recalcar uma representação, impedindo que ela tome forma e seja verbalizada. O inconsciente, compreendido a partir do modelo do recalque, figura como um conjunto de representações indesejáveis silenciadas pela ação da censura, e por meio de forças que nele operam, se fazendo ouvir a partir de suas formações

do inconsciente ou, dito de outro modo, dos sintomas manifestos em toda neurose³.

O próprio Freud pôde verificar a ação da censura no aparelho psíquico. Em dois momentos distintos, remete-nos ao fenômeno do esquecimento de nomes próprios, de palavras estrangeiras e de sequência de palavras e de impressões a partir de sua própria experiência. Certa vez, durante suas férias de verão na cidade de Ragusa, na costa dalmática do Adriático, hoje conhecido como Dubrovnik, estava acompanhado de um amigo conversando sobre as peculiaridades da vida sexual dos turcos, tal como descrevera um médico amigo seu que vivera na Turquia, quando de repente se cala sem conseguir lembrar o que gostaria de falar. Passa então a discorrer sobre as belezas da Itália e de suas pinturas, quando mais uma vez a palavra lhe escapa, esquecendo-se do nome do autor dos afrescos de Orvieto: Signorelli (Freud, 1898; 1899; 1901).

Em outro momento de sua vida, também de férias, foi com seu irmão visitar a Itália. Na ocasião, recebera recomendações de não visitar uma determinada região naquela época do ano devido ao calor insuportável que fazia no verão, atendendo a sugestão de aproveitar a viagem e ir até Atenas, na Grécia. Freud, como sabemos, era um grande apreciador e colecionador de esculturas gregas, e tinha perfeito conhecimento da arquitetura antiga daquela cidade. Quando lá chegou, diante da Acrópole grega, foi tomado de assalto por um pensamento de incredulidade: a real existência daquela cidade fantástica e suas construções antigas tal como aprendera no colégio (Freud, 1936).

Esses dois momentos são exemplares para demonstrar a formação do inconsciente sob o efeito do recalque e da censura, tal como pontuado por Thomas (2010), demonstrando o surgimento de uma construção antitética das palavras (Freud, 1910) – morte e sexualidade, ou seja, um choque de palavras à primeira leitura que uma familiaridade factícia jamais apagará.

³ Ao publicar um estudo autobiográfico de um caso de paranoia, que ficou conhecido como “Caso Schreber”, Freud chegou a afirmar que o processo específico do recalque se faz em silêncio (Freud, 1911). Dois anos mais tarde, enfatiza que a teoria do recalque é, em síntese, a pedra angular sobre a qual se repousa toda a estrutura da psicanálise (Freud, 1914b). Se Freud não havia dado valor teórico a essa pedra angular sobre a qual a psicanálise repousa, é porque talvez não tivesse prestado atenção na importância que o silêncio tinha enquanto possível formulação teórica, entendendo-o como um substrato do recalque naquele momento da formulação da teoria que vinha construindo.

No primeiro exemplo, Freud empreende uma busca para conseguir relembrar o autor dos afrescos ajudado pelo amigo. Quando consegue, reconhece que a impossibilidade de lembrar-se do nome Signorelli remetia-o diretamente a uma peculiaridade da vida sexual dos turcos que o desagradava, impedindo, por consequência, a lembrança do nome do pintor e demonstrando como a censura age no inconsciente recalando algumas de suas formações. Nesse episódio, Freud descobre a força presente no inconsciente impossibilitando a chegada da representação até o consciente – movimento de resistência contra sua própria vontade. Só um exame detido por meio da associação livre pôde dissolver o afeto ligado a essa representação. Para Thomas (2010), se pudéssemos fazer uma clínica do silêncio a partir do exemplo acima citado, reconheceríamos não só um momento de inibição intervindo diretamente na ação das palavras como também uma erotização na função das palavras, posto que o silêncio, aqui, pode ser compreendido como uma resistência a uma palavra manifestamente erotizada.

No segundo exemplo, no silêncio da Acrópole, Freud se dá conta de uma série de fatos da sua vida a partir do sentimento de estranhamento, de desrealização e despersonalização, produzindo a experiência de esquecimento e um distúrbio de memória. De acordo com Dunley (2001), este episódio serve para mostrar um momento de elaboração por parte do próprio Freud não só do luto pela morte do seu pai naquele momento de sua vida como também do vazio da pulsão de morte, a partir do tema da tragédia. Algo no inconsciente havia produzido o fenômeno de estranhamento, o distúrbio da memória e de esquecimento do “já conhecido” impedindo a fluidez dos pensamentos.

“A resistência é o que faz obstáculo ao fluir dos pensamentos inconscientes, ao desenrolamento da cadeia de significantes, em resumo, ao advento do saber inconsciente”, afirma Thomas (2010, p. 86). No entanto, a resistência tem um papel fundamental na história do pensamento psicanalítico juntamente com a interpretação da transferência. Na primeira tópica, a transferência vai ser considerada uma forma de resistência na medida em que por meio dela são repetidos padrões de comportamentos que impedem o trabalho analítico de rememoração de lembranças recaladas, ou dito de outro modo, na primeira tópica a resistência vai se constituir como uma dupla ação proveniente do próprio recalado: obstáculo ao processo analítico, por um lado, e mecanismo de defesa, por outro, tal como visto no “Caso Dora” (Freud, 1905a).

Dora tinha 18 anos quando fora tratada por Freud por volta de 1889, apesar do caso só ter sido publicado em meados de 1905. A jovem moça apresentava uma série de sintomas, dentre os quais, tosse, afonia, cansaço, agressividade exacerbada e uma profusão de pensamentos dirigidos contra seu pai, um amigo deste (Senhor K.) e sua esposa (Senhora K.). Muitas de suas lembranças sobre o histórico de seus sintomas, diz Freud, sofreram ação do recalque e o levaram a dúvidas quanto à fidedignidade desses sintomas. A jovem moça já tinha algum conhecimento da vida sexual quando Freud passou a analisá-la, mas este teve o devido cuidado de nunca fornecer-lhe nenhum dado a mais do que ela havia lhe contado. O que ficava evidente neste caso, era a intensidade de pensamentos, alguns de caráter sexual, sobretudo, com o Senhor K. e sua esposa. No decurso da análise, a paciente tivera crises de tosse e perda de voz, ligados a figura do amigo do seu pai por quem se apaixonara. Freud afirmava que a afonia da qual ela sofria se apresentava sempre quando o Senhor K. estava distante, fazendo com que a fala e a voz perdessem seu valor, já que não podia falar com ele. Se por um lado, o silêncio neste caso assumia a forma de um mutismo enquanto sintoma histérico toda vez que o Senhor K. se afastava do seu convívio, por outro, a escrita era a única forma de comunicação que Dora podia empreender para se comunicar com ele, o que levou Freud a questionar se os seus sintomas eram de origem psíquica ou somática, ou ainda se era decorrente de algum condicionamento psíquico, afirmando que todo sintoma histérico requer a participação tanto de um quanto de outro, constituindo uma “complacência somática” (Freud, 1905a)⁴.

A hostilidade para com o pai e seu casal de amigos se intensifica na forma de pensamentos, e Dora se censurava, culpando-se, ao reconhecer que uma filha não deveria ter maus pensamentos contra seu próprio pai. Isto fez com que, a propósito da natureza do recalque dos pensamentos conscientes e inconscientes da paciente, Freud afirmasse:

⁴ A complacência somática é o termo introduzido por Freud para exprimir a escolha da neurose histérica e a escolha do órgão do corpo sobre a qual se daria a conversão. O corpo do histérico ou a especificidade de algum órgão é o que caracterizaria a expressão simbólica de um conflito inconsciente (Laplanche e Pontalis, 1986, p. 106).

Um pensamento é consciente com hiperintensidade, enquanto sua contrapartida é recalcada e inconsciente. Essa relação entre os dois pensamentos é um efeito do processo de recalçamento. Com efeito, o recalçamento muitas vezes se efetua por meio de um reforço excessivo do oposto do pensamento a ser recalcado. A esse processo chamo *reforço reativo* e designo por *pensamento reativo* o pensamento que se afirma na consciência com hiperintensidade e que, à maneira de um preconceito, mostra-se indestrutível. Os dois pensamentos comportam-se então entre si como as duas agulhas de um galvanômetro estático. O pensamento reativo mantém o pensamento objetável sob recalçamento por meio de um certo excesso de intensidade, mas, em vista disso, ele próprio fica “amortecido” e invulnerável aos esforços conscientes do pensamento. Portanto, a maneira de retirar o reforço do pensamento hiperintensificado consiste em tornar consciente seu oposto recalcado [grifos do autor] (Freud 1905a, p. 60).

Para Freud, haveria não uma, mas sim três grandes dificuldades no caminho da psicanálise a serem superadas: as resistências do paciente no decurso do tratamento analítico; a superação do processo de recalçamento que impediria as lembranças de chegarem até a consciência e, por fim, o manejo da transferência pelo próprio analista. Em todas elas, o silêncio se fazia presente e precisava de igual modo ser superado.

Essa mudança de consideração acerca da ação do recalçamento, da censura, da resistência e da transferência vai passar em seguida por duas grandes viradas: a primeira, em 1911, a partir da publicação dos escritos sobre a técnica, no qual Freud fará uma série de recomendações sobre o manejo clínico da técnica psicanalítica, e a segunda, a partir de 1920, com a introdução da pulsão de morte na dinâmica psíquica e da segunda tópica na metapsicologia. Com isto, Freud passará a acentuar, por um lado, a ação da pulsão de morte que age silenciosamente no psiquismo, e por outro, o aspecto defensivo exercido pelo ego, na medida em que o recalcado não vai opor resistência à cura, tentando, pelo contrário, encontrar um caminho a qualquer preço para chegar à consciência.

2.3

As cortinas se fecham

Dentre os principais textos que versam sobre a técnica psicanalítica, o primeiro a chamar nossa atenção é “*A dinâmica da transferência*” (Freud, 1912a). Como o metapsicólogo já havia observado desde as suas primeiras pacientes histéricas, a transferência vai se referir a um conjunto de sentimentos dirigidos à figura do médico, dos quais é preciso ter consciência para poder manejá-los a

favor do seu paciente. Esses sentimentos provêm de origens infantis e referem-se primordialmente às primeiras relações objetais na vida de todo o ser humano, oriundas das imagos paterna e materna, e retidas no inconsciente ao longo dos anos. A transferência, portanto, é a pedra angular na qual subsiste todo o tratamento psicanalítico, mas também é aquela na qual se observa empiricamente o surgimento da resistência como a arma mais poderosa com a qual a análise teve que se defrontar e que precisaria ser superada.

Quando as associações livres do paciente cessam, ocorre uma interrupção do fluxo de pensamento sob a forma de palavras. O silêncio produzido nesse momento, para Freud, nada mais significava do que um sinal taciturno da presença da resistência relacionada diretamente com a figura do analista. A resistência sob a forma de silêncio é sempre “resistência ao analista” ou “à figura do médico” e deve ser rapidamente superada. Segundo Freud, haveria uma explicação quando a resistência surge no decurso de uma análise:

A parte da libido que é capaz de se tornar consciente e se acha dirigida para a realidade é diminuída, e a parte que se dirige para longe da realidade e é inconsciente, e que, embora possa ainda alimentar as fantasias do indivíduo, pertence todavia ao inconsciente, é proporcionalmente aumentada. A libido (inteiramente ou em parte) entrou num curso regressivo e reviveu as imagos infantis do indivíduo. O tratamento analítico então passa a segui-la; ele procura rastrear a libido, torna-la acessível à consciência e, enfim, útil à realidade. No ponto em que as investigações da análise deparam com a libido retirada em seu esconderijo, está fadado a irromper um combate; todas as forças que fizeram a libido regredir se erguerão como ‘resistências’ ao trabalho da análise, a fim de conservar o novo estado de coisas (Freud, 1912a, p. 113-114).

Como vemos, para Freud, nesse instante, o silêncio não só passa a fazer parte da cena analítica como também passa a ser um problema a ser irremediavelmente superado na medida em que ele o associa ao fenômeno da resistência, ao recalque, por meio da censura das lembranças inconscientes, ou ainda à transferência. Para o metapsicólogo, a capacidade de amar do sujeito humano é um fenômeno marcado por uma série de repetições ao longo de sua vida, recordado em vários momentos, dentre os quais se destaca o próprio tratamento, no qual ele é revivido junto à figura do analista. O silêncio, nesse instante, é concebido como uma resistência que deveria ser superada, não só pela impossibilidade das representações inconscientes chegarem a tomar forma por meio das palavras, como também devido um deslocamento do afeto para a figura

do médico. Portanto, o silêncio sob forma de resistência na transferência precisava ser removido da cena analítica sem exceção; daí a necessidade da neutralidade por parte do analista enfatizada por Freud: “A justificativa para exigir essa frieza emocional no analista é que ela cria condições mais vantajosas para ambas as partes: para o médico, uma proteção desejável para sua própria vida emocional, e, para o paciente, o maior auxílio que lhe podemos hoje dar” (Freud, 1912b, p. 129).

Porém, a resistência pode se coadunar como um momento de introversão ou até mesmo de regressão. Mas ainda assim, segundo Freud, isto não deixaria de ser um sinal manifesto de resistência e da impossibilidade de transferir para a figura do médico sentimentos de confiança para que lhe seja comunicada a história da sua doença. Aqui, Freud pensa a transferência por meio do binômio “transferência positiva” e “transferência negativa”. A primeira se refere a sentimentos amistosos e afetuosos para com a figura do médico e que são acessíveis à consciência do paciente; neste caso a transferência é o combustível necessário, mas não absoluto, para a realização de uma análise bem sucedida; o segundo tipo, a transferência negativa, se dá sob a forma de fontes eróticas e se manifesta por meio de sentimentos de amor ou de ódio muito intensos dirigidos à figura do médico, impedindo, assim, o curso de uma análise. Neste caso, a transferência é interpretada mais uma vez como sinal de resistência, e pode se manifestar em momentos de silêncio duradouros; o médico deve tentar impedir que eles se prolonguem infinitamente.

A transferência erótica foi experimentada por Ana O. durante o seu tratamento com Breuer, tratamento este do qual Freud tomou conhecimento em seus mínimos detalhes e do qual se precaveu postulando a neutralidade do analista. Lembremos, pois, que nos seus primeiros casos, Freud aplicava massagens em suas pacientes. A partir da compreensão da transferência no decurso de uma análise, seja ela positiva ou negativa, isto já não era mais possível. O toque e até mesmo qualquer tipo de contato mais íntimo com o paciente foi abolido da cena analítica, posto que qualquer paciente poderia nutrir sentimentos eróticos pela figura do médico. Para Freud, seria impensável que o médico retribuísse o amor que lhe era destinado por seu paciente, não só por questões éticas como também pela dificuldade no manejo do tratamento em favor do analisando. É preciso lembrar também que não se trata de um amor real (muito

embora saibamos que na Viena do final do século XIX a moral sexual civilizada era a grande causa dos males da alma que afligiam homens e mulheres), e sim, de algo que se constitui na cena analítica como forma de resistência ao tratamento. Ana O. não amava de fato Breuer, mas a figura do seu pai projetada nele; Dora também não se apaixonara por Freud, mas via nele muito provavelmente as imagens do Senhor e da Senhora K. impedindo que o trabalho de análise alcançasse seu êxito. “O papel desempenhado pela resistência no amor transferencial é inquestionável e muito considerável. Entretanto, a resistência, não cria esse amor; encontra-o pronto, à mão, faz uso dele e agrava suas manifestações. Tampouco a genuinidade do fenômeno deixa de ser provada pela resistência” (Freud, 1915c[1914]).

Mas como remover a resistência, perguntava-se Freud? Descobrimos-a e mostrando-a ao paciente, responde ele dois anos mais tarde, quando da publicação das suas conferências introdutórias. De que modo? Sabendo-se que a resistência deriva de um recalque que ocorreu anteriormente e que foi provocado pelo contra investimento que surgiu a fim de recalcar o impulso censurável, busca-se junto com o paciente *interpretar, descobrir e comunicar* o material recalcado e inconsciente a fim de torna-lo consciente (neste caso, o inconsciente está sendo tratado em dois sentidos, diz Freud, como fenômeno e como sistema). Com isso, objetiva-se a diminuição da resistência para a continuidade do trabalho analítico. Freud afirma ainda que *procurar, localizar e comunicar* o material recalcado ao paciente, assinalando e evidenciando o que de fato está recalcado, é a única forma de se alcançar a tarefa da análise. Portanto, este trabalho visava *vencer* as resistências, *remover* o recalque e *transformar* o material inconsciente em material consciente (Freud, 1917a, p. 438-439).

Em “*Recordar, repetir e elaborar*” e “*Sobre o Início do Tratamento*” Freud (1913a; 1914) retoma o tema da resistência (entendida aqui como uma *resistência de transferência* devido ao conjunto de sentimentos eróticos, na mulher, e tendências homossexuais passivas, no homem), da superação do recalque e do manejo da transferência a partir de um dispositivo que faria com que esse objetivo fosse alcançado: falar livremente sem qualquer censura. Em muitos casos, não era incomum que o paciente não atendessem à “regra de ouro” da psicanálise.

De acordo com Green (1930), a “regra de ouro” da psicanálise pontuada por Freud não se refere ao silêncio enfatizado por Ferenczi (1916-1917) ou Lombard (1982), muito embora não haja dúvida sobre a função estruturante da posição silenciosa por parte do analista. A “regra básica”, esta sim, pertence a Freud e refere-se a falar tudo o que ocorre à alma, transpondo a muralha da censura, do recalque e da resistência, mesmo que o que for falado possa não ser agradável àquele que fala. Com efeito, Freud enfatizou a verbalização produzida pelo inconsciente como se o analisando estivesse pensando alto, sem nenhuma preocupação se o que está sendo dito tem alguma coerência lógica, trazendo pensamentos e impulsos para a cena analítica no registro eminentemente da palavra falada. Só a partir daí, caberá ao analista um silêncio laborioso daquilo que o seu paciente diz. É a partir de uma abstinência de sua própria fala, tentando não ter nem memória nem desejo, que o analista presta-se a uma segunda regra básica, a “atenção flutuante”, necessária para o labor analítico a partir das “associações livres” do paciente.

Quando anunciamos a regra fundamental da psicanálise a um paciente com uma vida cheia de acontecimentos e uma longa história de doença, e então lhe pedimos para dizer-nos o que lhe vem à mente, esperamos que ele despeje um dilúvio de informações; mas com frequência, a primeira coisa que acontece é ele nada ter a dizer. Fica silencioso e declara que nada lhe ocorre. Isto, naturalmente, é simplesmente a repetição de uma atitude homossexual que se evidencia como uma resistência contra recordar alguma coisa. Enquanto o paciente se acha em tratamento, não pode fugir a esta compulsão à repetição; e, no final, compreendemos que esta é a sua maneira de recordar (Freud, 1914, p. 166).

Por algum motivo, seja ele introspectivo, regressivo ou de retraimento, o paciente diz que não se recorda de nada e se cala diante da insistência do médico em pedir que ele siga suas instruções.

Esquecer impressões, cenas ou experiências quase sempre se reduz a intercepta-las. Quando o paciente fala sobre estas coisas ‘esquecidas’, raramente deixa de acrescentar: ‘Em verdade, sempre o soube; apenas nunca pensei nisso’ (...). O ‘esquecer’ torna-se ainda mais restrito quando avaliamos em seu verdadeiro valor as lembranças encobridoras que tão geralmente se acham presentes. (...) Fantasias, processos de referências, impulsos emocionais, vinculações de pensamento – que, como atos puramente internos, não podem ser contrastados com impressões e experiências, deve, em sua relação com o esquecer e o recordar, ser considerado separadamente. Nestes processos, acontece uma extraordinária frequência ser ‘recordado’ algo que nunca poderia ter sido ‘esquecido’, porque nunca foi, em ocasião alguma, notado – nunca foi consciente (Freud, 1914, p. 164).

Dito isto, a superação das resistências estaria subsumida não só à regra de ouro da psicanálise, mas também a um triplo conjunto de ações por parte do analista e de seu paciente:

- a) *interpretar* a resistência; *descobrir* onde se localiza o material recalcado e *comunicar* o significado das lembranças;
- b) *vencer* as resistências; *remover* o recalque e *transformar* o material inconsciente em consciente;
- c) *recordar* o que se esqueceu; *repetir* o conjunto de lembranças encobridoras recalcadas e *elaborar* o material proveniente dessas lembranças;

No início do tratamento, afirma Freud, não é incomum que os pacientes digam que não conseguem pensar em nada e que nada conseguem dizer, permanecendo em silêncio durante boa parte do tempo, muito embora tenham um vasto campo de memórias ao qual se remeter para escolher por onde deveriam começar a falar, o que significa um forte sinal de resistência. Aqui, não há escolhas, diz Freud: “Temos de aceitar o desafio, então e aí, enfrenta-la. Afirmções enérgicas e repetidas ao paciente de que é impossível que lhe ocorra ideia alguma ao início, e de que o que se acha em pauta é uma resistência contra a análise, cedo obrigam-no a efetuar as admissões esperadas ou a revelar uma primeira amostra de seus complexos” (Freud, 1913a, p. 152).

Em seguida, o autor enfatiza que também não é incomum que o paciente tenha se reservado mentalmente ao escutar que deveria confessar ao médico tudo o que lhe viesse à mente *guardando para si* sua comunicação. Muitas das vezes, o paciente ficava observando os objetos do consultório ao passo que, deitado no divã, ficava pensando em silêncio sobre o que de fato o médico gostaria de saber a seu respeito. Freud afirma que tudo o que se passa é um retraimento e uma resistência diante da figura do médico, esta sim, a primeira resistência manifesta sob forma de silêncio. Sem poder ter acesso ao material inconsciente, o analista insiste para que o paciente fale.

Feito isto, o silêncio estaria banido da cena analítica e o trabalho poderia seguir o seu curso normal no tratamento empreendido pelo médico.

Assim, quanto mais a resistência diminui, mais a transferência tende a aumentar e mais o trabalho analítico ganha seu rumo. No entanto, na medida em que a análise avança, a transferência também pode se tornar hostil ou excessivamente intensa, se escondendo sob o véu do recalque e da censura. O paciente se arma do seu arsenal de defesas contra o progresso do tratamento, ora não associando, ora dizendo que nada lhe ocorre, e a tarefa do analista consiste em *arrancar-lhe todas as armas*, uma por uma (Freud, 1914).

Esta era a forma com que Freud lidava com a manifestação do silêncio no início dos seus primeiros casos clínicos e no momento seguinte à inauguração da psicanálise como tratamento terapêutico dos males da alma, até por volta do final da primeira década do século XX.

Com o advento da segunda tópica na metapsicologia e da pulsão de morte no aparelho psíquico, a transferência, a resistência e o recalque serão reconsiderados por Freud. O ego não mais se restringirá ao sistema pré-consciente/consciente; ele se torna uma estrutura complexa, cuja consciência é definida em termos de sua localização tópica, dinâmica e econômica.

Para Laplanche e Pontalis (1986, p. 171-172), do ponto de vista tópico o ego exerce uma relação de dependência quanto às reivindicações do *id* bem como aos imperativos do superego e às exigências da realidade. Do ponto de vista dinâmico, o ego representa um polo defensivo da personalidade, pondo em cena uma série de mecanismos de defesa motivados pela percepção de um afeto desagradável e regido pelo princípio do prazer-desprazer. Por fim, do ponto de vista econômico, o ego surge como um fator de ligação dos processos psíquicos, mas nas operações defensivas, as tentativas de ligação da energia pulsional são contaminadas por características que especificam o processo primário, assumindo um aspecto compulsivo, repetitivo e desreal.

Assim, com a segunda tópica, enfatiza Pellegrino (1988), haverá um aspecto defensivo exercido agora não mais pelo inconsciente, e sim pelo ego, posto que o recalco impede a cura do indivíduo na medida em que os pacientes se apegam ao seu sintoma, tal como formulado pelo próprio Freud: “Os mecanismos de defesa contra os antigos perigos retornam na análise sob forma de resistência à cura, e isto porque a própria cura é considerada pelo ego como um novo perigo” (Freud, 1937, p. 421).

Essa afirmação está de acordo com o que Freud veio a reformular no seu texto *“Inibições, Sintomas e Angústia”*, ao afirmar que o analista tem que combater cinco tipos de resistência que emanam de três diferentes direções: a primeira é oriunda do ego e é fonte de três tipos de resistências, cada uma diferindo em sua natureza dinâmica – a resistência do recalque, a resistência da transferência e a resistência do ego propriamente dita. Ou seja, trata-se do benefício ou ganho secundário da doença que se baseia numa assimilação do sintoma pelo ego, à qual o sujeito tem dificuldade de renunciar. O quarto tipo de resistência decorre do *id* enquanto instância inconsciente, posto que, neste caso, a resistência necessita de elaboração psíquica (ou perlaboração). Por fim, temos a resistência que decorre do superego, originária do sentimento de culpa ou da necessidade de punição, opondo-se à recuperação do paciente pelo trabalho de análise (Freud, 1926[1925]).

De acordo com Pellegrino (1988), na primeira tópica, Freud ainda não havia pensado o aparelho psíquico em termos de estrutura. Portanto, toda a atenção estava concentrada nos poderes terapêuticos da palavra, desde a época em que ele evidenciava o procedimento terapêutico a partir do método catártico. Segundo a autora, no que se refere ao tema do silêncio, haveria, entre as duas tópicas, o que se chama de “efeito de retardamento”, ou seja, parte do pensamento freudiano estava ainda voltado para a dinâmica psíquica do inconsciente ou “psicologia do ego”. Assim, o ego agora não mais estava restrito ao pré-consciente/consciente, ele se torna uma estrutura complexa, cuja consciência é definida a partir da sua localização no aparelho psíquico.

A dinâmica da transferência também sofrerá mudanças, pois não mais estará subsumida ao princípio do prazer, mas à compulsão à repetição, a qual será pensada a partir da pulsão de morte, ou seja, uma tendência regida não pelo princípio do prazer, mas pelo princípio de nirvana. A pulsão de morte se opõe às pulsões de vida e tende à redução completa das tensões. Quando voltada para o exterior, a pulsão de morte assume a forma de agressividade ou destrutividade; quando voltada para o interior, tende à autodestruição. As pulsões de vida são ruidosas, barulhentas e não dão folga ao aparelho psíquico; por outro lado, a pulsão de morte é sorrateira, silenciosa e age na penumbra com o objetivo de fazer o ser vivo voltar ao estado anorgânico, ou, como diz Freud, “biologicamente, todo ser vivo, não importa quão intensamente a vida queime dentro dele, anseia pelo

Nirvana, pela cessação da ‘febre chamada viver’, anseia pelo seio de Abraão” (Freud, 1926). Em determinados casos, tais como em situações de depressão ou melancolia profunda, a pulsão de morte paralisa, anestesia, mortifica, esvazia e silencia o discurso do paciente não dando possibilidade para que o trabalho analítico seja realizado.

A experiência sexual e os protótipos infantis do paciente, serão deixados em segundo plano, posto que toda experiência infantil é uma experiência dolorosa na qual ocorreram fracassos que provocaram feridas de cunho narcísicos. Toda a dinâmica psíquica, a partir de então, será dominada pela compulsão à repetição engendrada pela pulsão de morte anunciada em “*Além do princípio do prazer*” (Freud, 1920). Por consequência, a verbalização perde sua função de descarga e escoamento, tal como referida nos estudos sobre a histeria e na primeira tópica; a resistência não mais será uma decorrência de processos inconscientes direcionados à figura do analista, mas uma impossibilidade de descarga dos desejos inconsciente e um apego ao próprio sintoma pelo ego como ganho secundário da doença. A análise, por sua vez, que sempre havia se preocupado com os motivos inconscientes que produziam o sintoma, passa a ter como objeto de investigação o ego e suas perturbações, sendo o estudo do *id* e do superego meios com os quais se busca atingir seu objetivo. Por fim, o silêncio, a partir da segunda tópica, deixa de ser sinônimo de resistência e passa a ser considerado, a partir de 1920, como um “mecanismo de defesa do ego” e Freud percebe que não precisa inquirir tanto seus pacientes como fazia antes, passando a compreender o lugar do analista no *setting*, calando-se e tornando-se mais reservado, para que seus pacientes pudessem relatar sua história.

De acordo com Le Breton (1999), o silêncio em que Freud se mantinha durante algumas análises, tais como as empreendidas com o homem dos ratos ou o homem dos lobos (Freud, 1909; 1918) evocava, sobretudo, a reserva. Antes, ele não hesitava em intervir sobre seus pacientes, estimulando-os. Após passar por experiências pessoais dolorosas, como o câncer do qual fora vítima, e compreendendo a dinâmica dos processos psíquicos inconscientes, descobre junto com seus pacientes que, para a realização de uma análise, não precisava fazer tantas interrupções ou intervenções para que o processo surtisse efeito e a função do analista constitui-se cada vez mais como um lugar de escuta.

Essa posição vai de encontro a uma completamente diferente do início da sua obra, e já era apontada no texto “*O interesse científico da psicanálise*”, no qual Freud afirma que a linguagem verbalizada da qual a psicanálise trata, se constitui também pela ação do pensamento e da memória, e pode ser se dar sob forma de gestos e expressões da atividade psíquica, o que o possibilitou a explorar a diversidade da sintomatologia neurótica e demais quadros psicopatológicos (Freud, 1913b). Assim, Freud passa então a dar importância não só ao discurso verbalizado como também ao silêncio. Descobre em si mesmo, por forças das circunstâncias e pela virada no seu pensamento, que o silêncio que se fazia presente no *setting*; não só era do paciente, mas também do analista. O analista se cala para dar passagem a um discurso do inconsciente do paciente; este discurso não é vazio – a não ser que seja tomado pela ação da pulsão de morte que projetava sua sombra no ego -, mas constituído por forças pulsionais vivas, e reproduzido ora pela linguagem verbal, ora pela linguagem do silêncio; em todo caso, ambas eram sinônimas de um único senhor: o inconsciente.

De acordo com Pellegrino (1991, p. 131) havia três razões para o analista ser silencioso: primeiro, porque ele precisa conhecer suficientemente bem seus pacientes antes de se arriscar a falar sobre eles (o que justifica Freud ter abandonado a hipnose e a sugestão ao se dar conta que não deveria sugerir nada, recorrendo à reserva do analista); segundo, como medida técnica, o silêncio do analista ou sua reserva passou a ser usado como ferramenta com vistas a produzir no paciente algum desconforto que o fizesse produzir associações ou elaborações a partir do não dito do analista; por fim, o analista deveria se ater à metáfora do espelho bem polido, demarcando seu lugar no *setting*⁵.

Enfim, o silêncio, no conjunto da obra do criador da psicanálise, nunca foi seu objeto de estudo ou pesquisa, pelo contrário, foi um empecilho com o qual Freud se deparou ao longo da sua vida no trabalho com seus pacientes. Foram os seus herdeiros que tentaram, cada um ao seu modo, dotar o silêncio de uma teoria e metodologia de trabalho própria durante a análise. Mais do que isso,

⁵ Em 1906, Freud fez uma palestra para juristas, onde há uma observação sobre o silêncio do criminoso, cuja função é ocultar os fatos da justiça. Por esta mesma razão, cabe ao juiz de instrução, para montar o processo, desmontar a barreira muda que esconde a verdade. Semelhantemente, cabe ao psicanalista, no caso do histérico, por exemplo, entender a verdade encoberta com um silêncio que o neurótico pode desconhecer que oculta. Ambos, juiz e analista, sabem que uma verdade é escondida. O togado vai buscá-la. O analista vai oferecer a tela para o neurótico desenhá-la.

foram seus interlocutores pertencentes ao Círculo de Viena que chamaram a sua atenção para o fato de que o silêncio, mais do que um empecilho para uma realização de uma análise, se fazia presente numa sessão analítica, e como tal, deveria ser manejado tecnicamente, carecendo de um estudo teórico mais aprofundado.

Freud não ficou indiferente a isso, sobretudo a partir dos resultados clínicos publicados pelo *enfant terrible* da psicanálise, Sándor Ferenczi. Inovador, crítico do modelo teórico clássico, consciente de testar suas técnicas durante a análise, produtor de uma teoria a partir da sua clínica, Ferenczi chamou a atenção de Freud fazendo com que este escrevesse dois textos lapidares no que se refere à técnica psicanalítica ao final de sua obra: “*Análise terminável e interminável*” e “*Construções em Análise*”, ambos de 1937.

No que se refere ao primeiro texto, Freud (1937a) empreendeu um esforço em definir qual seria o limite de tempo para um processo analítico, reconhecendo que a temporalidade e o curso de uma análise estariam a cargo do que Ferenczi (1928) denominou de “tato do analista”, ou seja, uma sensibilidade por parte deste quanto ao momento correto para interrupção ou continuidade do processo ou a intervenções verbais ou à sua reserva. De acordo com Ferenczi, nada na expressão ou na gestualidade do analista, até mesmo seu silêncio, escapava à observação do analisando. Trata-se, pois, do “sentir com” o paciente, vivenciando sentimentos e sensações singulares em torno da comunicação daquele que fala e daquele que ouve, seja analista ou analisando. O analista, por sua vez, não é neutro, ele deve decidir se o silêncio favorece ou perturba o curso das associações e elaborações do paciente e, conseqüentemente, quando a análise deve continuar e quando deve ser finalizada.

Em seguida, Freud ressalta mais uma vez a dificuldade do paciente em superar conflitos oriundos da transferência e de uma análise muito longa, erigindo mais uma vez a resistência e levando o paciente à reserva. De acordo com o autor “a experiência analítica ensinou-nos que o melhor é sempre inimigo do bom e que, em todas as fases do restabelecimento do paciente, temos de lutar contra sua inércia, que está pronta a se contentar com uma solução incompleta” (Freud, 1937a, p. 248). Com isso, o paciente passa a erigir em torno de si, mecanismos de defesa os quais impede de sair desse lugar no curso do seu processo analítico, uma “zona de conforto”. Aqui, diz Freud, temos de ponderar se a análise prossegue ou

é chegado ao fim e “aceitar o fato, demonstrado pela experiência cotidiana, de que o resultado de um tratamento analítico depende essencialmente da força e da profundidade da raiz dessas resistências que ocasionam a alteração do ego” (Freud, 1937a, p. 256).

Por fim, no que se refere à “*Construções em Análise*”, Freud (1937b) vai se referir à tarefa do analista mediante à impossibilidade do paciente dar sentido à sua própria história rememorada no divã. Ora, o trabalho de análise, diz o metapsicólogo, refere-se a um trabalho que requer duas pessoas distintas: uma que fala e outra que escuta, ou seja, em silêncio. Nisso, o trabalho do analista, além de interpretar, também requer uma construção ou preenchimento de lacunas produzidas no discurso do paciente a partir de sua própria história. Mais do que isso, cabe ao analista desconstruir para poder construir e daí, então, interpretar e reconstruir as vivências do paciente, reintegrando seu passado ao presente, juntando os pedaços da sua própria história. Freud fala de trazer para a cena analítica o não dito e propor ao analisando o que chamaríamos de integração egóica ou integração psíquica. Algumas vezes isto só é possível a partir da reserva do analista, aguardando em silêncio o melhor momento para poder fazer uma interpretação ou uma construção.

Saber “aguardar em silêncio”, “esperar” para fazer uma intervenção, uma interpretação, uma construção ou ainda respeitar o silêncio do paciente, é compreender o que Freud se deu conta no final da vida: que o silêncio, ao contrário de um inimigo, era mais uma ferramenta da qual dispunha no processo analítico.

“Falar é imitar. O gesto e a fala (voz) imitam objetos do mundo circundante.”

Sándor Ferenczi, Diário Clínico

Numa noite de quarta-feira, no outono de 1901, reuniram-se em torno de Freud alguns jovens médicos dispostos a aprender, praticar e difundir um conhecimento fundado naquele início de século. Até a publicação de “*A Interpretação dos Sonhos*”, Freud vinha trabalhando sozinho, algumas vezes sendo criticado pelos seus colegas médicos que desconheciam os estudos empreendidos pelo então neurologista com suas pacientes histéricas. Muitos desses profissionais, naquele início, eram ilustres desconhecidos, mas participariam ativamente no desenvolvimento da história da psicanálise anos mais tarde; o mestre não tardou em enviar cartões a outros médicos vienenses convidando-os a juntarem-se ao grupo, com o objetivo de difundir suas teorias.

No período compreendido entre 1901 e 1907, participaram dessas reuniões, entre médicos e leigos, Wilhelm Stekel, Max Kahane, Rudolf Reitler, Hugo Heller, Max Graf (pai do “pequeno Hans”), Paul Federn, Isidor Sadgner, Eduard Hitschmann, Alfred Adler e Otto Rank, que passou a frequentar as reuniões como secretário remunerado a partir do seu quinto ano de existência. Essas reuniões seguiam um ritual definido: primeiro uma pessoa apresentava um texto para o grupo, depois eram servidos bolo e café preto, com charutos e cigarros distribuídos livremente na mesa e consumidos em grande quantidade, para daí começarem a discussão. A palavra final era sempre a do mestre, que os denominava “todos os meus vienenses” (Gay, 1989, p. 175).

A necessidade de fazer a psicanálise ultrapassar os muros de Viena tornou-se premente. Em dezembro de 1907, um jovem médico berlinense, Karl Abraham, fora convidado a participar das reuniões das quartas-feiras; na primavera de 1908 juntaram-se a ele o inglês Ernest Jones (que viria ser o biógrafo de Freud), seguido de Sándor Ferenczi no verão do mesmo ano. Em seguida vieram Max Eitingon, Carl Gustav Jung, Ludwig Binswager, A. A. Brill e Edoardo Weiss (pioneiro da psicanálise na Itália). Por fim, em 1911, juntou-se ao

grupo Theodor Reik, este norte-americano e não médico (era formado em psicologia pela Universidade de Viena), o que veio a lhe trazer problemas jurídicos por exercício ilegal da prática médica treze anos mais tarde, tornando-se o primeiro “analista leigo”, ou seja, alguém que exercia a psicanálise, mas que não era formado em medicina (Gay, 1989).

O grupo se tornara bem maior do que se podia esperar e as divergências teóricas entre eles, somadas a alguns gênios de difícil contenção, começaram a tumultuar os objetivos daquelas reuniões semanais, a ponto de Freud dissolver a Sociedade Psicanalítica das Quartas-Feiras, em 1908, e formar a Sociedade Psicanalítica de Viena, contando com um número suficiente de adeptos da nova teoria, entre vienenses e estrangeiros.

Quatro desses membros estrangeiros passaram a se destacar no grupo: Eitingon (da Suíça), Abraham (da Alemanha), Jones (da Inglaterra) e Ferenczi (da Hungria). Todos eles carregaram a bandeira da psicanálise ao longo dos anos que se seguiram, publicando livros e artigos, organizando eventos, formando candidatos, criando sociedades psicanalíticas em seus países de origem e contribuindo com suas próprias teorias, nem sempre de acordo com os dogmas ou teorias criados por Freud, mas às vezes indo além do ponto ao qual o fundador da psicanálise conseguira chegar (Gay, 1989).

Ferenczi foi um dos primeiros a se destacar do grupo com suas ideias. Logo cedo ganhou a confiança teórica de Freud, quanto à teoria, mantendo-se sempre junto dele. Nascido em Budapeste, na Hungria, Ferenczi estudou medicina em Viena no começo dos anos de 1890 e se estabeleceu em sua cidade natal como psiquiatra. Após ler “*A Interpretação dos Sonhos*”, solicitou uma entrevista a Freud e os dois logo se tornaram amigos; uma amizade que só veio a ser abalada já no final da vida de Ferenczi por divergências teóricas e pessoais.

Naquele instante em que a psicanálise se firmava nos diversos círculos em que se constituía, Freud era a teoria e Ferenczi era a prática clínica. Se Freud deu pouca atenção teórica ao advento do silêncio produzido numa sessão de análise, Ferenczi foi um dos primeiros a questionar o seu valor para o paciente e para o analista. Com isso ele foi, entre os herdeiros de Freud, o mais prolífero dos psicanalistas em sua prática clínica e aquele que prestou mais atenção ao que era interdito, silenciado ou não verbalizado numa sessão de análise.

3.1

“O silêncio é de ouro”

Apesar de o tema em questão não ter sido objeto de estudo e pesquisa ao longo de sua obra, é possível verificar em Ferenczi um duplo estatuto no que se refere ao silêncio: de um lado, a exemplo de Freud, o autor vai tratá-lo como um epifenômeno da transferência, do recalque e da resistência, podendo seguir por dois caminhos distintos: ou precisará ser eliminado para a boa execução do trabalho de análise por meio do manejo da técnica onde o analista é mais ativo na sessão, ou será usado como recurso do próprio analista para provocar as ansiedades do paciente, diminuindo sua resistência. De outro lado, o silêncio vai ser compreendido como parte do desenvolvimento da libido e em termos de pulsões. Em ambos os casos, o metapsicólogo proporá um trabalho de escuta diversificado por meio de uma “técnica do silêncio” a partir do acolhimento das demandas do paciente, e de uma “ética do cuidado” para com o sofrimento de seus pacientes. Vejamos como isso se deu.

De acordo com Pellegrino (1988), uma das ideias mais originais de Ferenczi foi operar um deslizamento da concepção tópica para uma concepção mais dinâmico-econômica no que se refere à compreensão das neuroses. A fórmula “tornar consciente o inconsciente” estaria subsumida à dinâmica da resistência decorrente da relação transferencial entre o médico e o paciente. Nesta relação, haveria um deslocamento do afeto produzido pela transferência cujo silêncio, quando se fizesse presente, poderia ser interpretado singularmente, ora como recalque, ora como satisfação da pulsão sexual. Em termos de manejo, a técnica adotada seria sempre revelar ao paciente, por meio de interpretações graduais dos conteúdos inconscientes, o sentido latente do silêncio produzido na sessão.

O que são essas transferências, pergunta-se Ferenczi logo de início? Retomando Freud, ele responde: são “reedições, reproduções de tendências e de fantasmas que a progressão da análise desperta e deve trazer de volta à consciência, e que se caracterizam pela substituição, na pessoa do médico, de pessoas outrora importante” (Ferenczi, 1909, p. 77).

A maior dificuldade no manejo da técnica psicanalítica nestes casos, diz o autor, é lidar com a força dos sentimentos transferidos pelos neuróticos para

o analista. Uma vez familiarizado com o psiquismo do seu paciente, é possível identificar que esses sentimentos não aparecem apenas durante o curso de uma análise: *“a transferência apresenta-se como um mecanismo psíquico característico da neurose em geral, que se manifesta em todas as circunstâncias da vida e abrange a maior parte das manifestações mórbidas”* [grifos do autor] (Ferenczi, 1909, p.78) e que por consequência será sustentada pela posição libidinal do sujeito.

Para Ferenczi a linguagem dos neuróticos é composta de uma gama de representações simbólicas de sentimentos e emoções que eles ainda não sabem “ler” ou “interpretar”; são como analfabetos frente a essa linguagem e precisam da ajuda do analista para traduzi-la. Além disso, seus desejos inconscientes e inconfessáveis, rejeitados pela consciência, reivindicam explicações diante do enigma que se apresenta na rede linguística que vai sendo tecida, apropriando-se de sintomas antes impensados e se aferrando a eles tal como uma criança se apropria de um brinquedo. Os afetos despertados nesse movimento são recalcados por algum motivo, vindo a se chocar com a pessoa do médico que neste momento funciona como um agente catalizador dos afetos ab-reagidos e liberados por meio da transferência (Ferenczi, 1909).

O autor também estabelece uma relação intrínseca entre transferência e introjeção, afirmando que o silêncio é uma manifestação pulsional específica de cada estrutura clínica. Nos neuróticos, por exemplo, os afetos recalcados são introjetados, ou seja, vão para dentro do seu mundo psíquico, pois eles estão em busca constante de objetos de identificação, encontrando na transferência uma possibilidade de dar vazão a esses afetos. Eles se esforçam por absorver em seu eu uma parte do mundo para fazer dele objeto de suas fantasias inconscientes, de modo a aplacar os desejos inconscientes insatisfeitos e impossíveis de serem satisfeitos.

Quando o silêncio se faz presente, é necessário identificar de qual tipo de silêncio se trata para que se possa compreender o tipo de afeto que está em questão e não apenas considerá-lo como um efeito de resistência ao tratamento ou da ação de recalque impedindo a cura. Conforme afirma Pellegrino (1988), “a transferência é a classe das introjeções que, numa análise, toma como objeto a pessoa do médico” (p. 187). De acordo com essa autora, esses mecanismos interferem logo cedo no desenvolvimento das relações entre o indivíduo e o

mundo exterior, pois os sentimentos de amor e ódio expostos numa análise são sentimentos autoeróticos prazerosos e desprazerosos vividos em termos de “objetos de amor e ódio”, motivo pelo qual a interpretação ferencziana da transferência será formulada em termos de relações fantasmáticas entre o eu e os objetos bons e maus, exteriores e interiores (Pellegrino, 1988, p. 187). Portanto, Ferenczi é um dos primeiros analistas a apontar a importância das primeiras relações de objeto, de amor e de ódio, tanto na análise quanto na hipnose, a partir do fenômeno da transferência.

No texto “*A técnica psicanalítica*”, Ferenczi (1919) volta ao tema da resistência e recorda-nos da regra fundamental da psicanálise formulada por Freud. Segundo o autor, em pacientes obsessivos, o desejo de permanecer calado ou de falar algumas ideias absurdas pode se fazer presente no decurso de uma sessão. Neste caso, a interpretação dada não será outra senão a de um sinal de resistência, a exemplo de Freud. Até aqui, ambos os autores não diferem quanto ao gênero, número e grau dos processos que atuam neste momento da análise; o denominador comum que os une ainda será o trinômio resistência-transferência-recalque. Mas o que fazer se “nada ocorre” no momento em que o sujeito se coloca diante da regra fundamental, aonde nem mesmo sons articulados, palavras inteiras, gritos ou melodias, ao invés de palavras, chegam ao espírito? Neste caso, a orientação é a de continuar a esboçar da melhor maneira possível um pensamento coerente com o que se exigiu do paciente. No entanto, prossegue o *enfant terrible*,

Isso pode acontecer sem qualquer razão particular. Se o paciente permanece calado por bastante tempo, isso significa em geral que ele *cala* alguma coisa. O súbito silêncio do paciente deverá sempre ser interpretado, portanto, como sintoma “passageiro”. Um silêncio prolongado explica-se muitas vezes pelo fato de que a demanda do dizer *tudo* ainda não foi tomado ao pé da letra. Se interrogarmos o paciente, após uma longa pausa, sobre o conteúdo de seus pensamentos durante esse silêncio, ele responde que *só* estava olhando para um objeto no gabinete, ou experimentando uma sensação esquisita ou uma parestesia nesta ou naquela parte do seu corpo, e assim por diante [grifos do autor] (Ferenczi, 1919, p. 358).

Para Ferenczi restaria explicar novamente a regra fundamental da psicanálise para o paciente e enfatizar que aquilo que interessa ao médico não são apenas os seus pensamentos, mas suas percepções sensoriais, sentimentos e impulsos de modo a vencer suas resistências. Mesmo recebendo essa nova orientação, a resistência em análise não se desfaz rapidamente como um passe de

mágica, posto que o paciente sempre encontrará uma forma de recair na sua própria armadilha diante das ordens do analista, racionalizando seu silêncio e sucumbindo às suas reticências. “Alguns, por exemplo, dizem que se calaram porque não tinham pensamentos claros, apenas sensações vagas e confusas. Eles demonstram assim, naturalmente que ainda criticam suas ideias, apesar da recomendação que lhes foi feita”, enfatiza o autor (Ferenczi, 1919, p. 359).

Tudo é motivo para ser analisado e tudo é conteúdo para se conseguir superar, dissolver e remover as resistências do paciente. Se esse comportamento se mantém, a interpretação dada é a de que haveria algo no inconsciente do paciente que impede que o trabalho de análise seja levado a cabo, necessitando-se opor o silêncio do analista ao silêncio do analisando. Muitas vezes a alternativa adotada pelo analista é o prolongamento do silêncio durante toda a sessão sem que ambos digam uma só palavra, produzindo no paciente uma angústia insuportável. Quando isso ocorre, o paciente dificilmente suportará o silêncio imperativo que se presentifica, despertando-lhe sentimentos de tristeza, mágoa, rancor, raiva, ódio, temor ou vingança. O analisando, assim, projetará na figura do médico sua má consciência, levando-o a ceder e a renunciar ao seu negativismo diante da regra fundamental (Ferenczi, 1919).

Ora, Ferenczi é guiado por um imperativo, qual seja, o imperativo ético. De acordo com Costa (1995a, p. 9-11), o que podemos fazer diante do desamparo do paciente, o que podemos fazer com quem sofre e não pode ou não consegue saber do que sofre, o que podemos fazer quando dependemos eminentemente da linguagem para conseguirmos ser o que somos, embora venha dela o que nos tranquiliza? Resposta do autor: uma vez que o ego é um efeito da linguagem, ela pode ou não fazer sentido, e, sendo ou não linguagem, tendo ou não sentido, tem de se tornar causa linguística para poder funcionar e ser reconhecida como causa inconsciente dos sintomas. Desse modo, é possível e preciso interpretar o silêncio do paciente cada vez que ele se faz presente em um processo de análise.

O papel do silêncio em relação à maneira de falar e de associar do paciente é revelado a partir das seguintes operações: num primeiro momento, o analista aponta o silêncio, para destacá-lo do bloco de condutas consideradas “naturais” pelo paciente, a fim de transformá-lo em objeto de observação. Num segundo tempo, o analista descreve-o de modo detalhado ao paciente, de acordo com a forma como ele aparece: por exemplo, ele mostra ao paciente que este se cala sistematicamente quando surge determinado

assunto etc... Quando o paciente se torna capaz de apreender essas formas de conduta, o analista tentará torná-las compreensíveis a partir de sua biografia e dos sentimentos detectados no *hic et nunc* da sessão. Desta forma, chega-se a captar, de um lado, os elementos históricos que determinam a utilização do silêncio e de outro, que sentido tem o silêncio na transferência. Se a reconstrução interpretativa é eficaz e adequada, o paciente acaba se dando conta do caráter inadequado do seu comportamento na situação, levando-o a uma re-libidinização dos elementos formais ego-sintônicos (...) mas de caráter defensivo (Pellegrino, 1988, p. 188-189).

Não raro, uma situação pode ser observada pelo analista: o surgimento no paciente de uma sensação de sonolência decorrente ou não do ódio, do sentimento de tristeza ou do sentimento de tédio, tal como descreve o autor: “Uma terrível sonolência invadia uma das minhas pacientes toda vez que a análise ia por um caminho desagradável; e isso se produzia mais quando os assuntos evocados eram de natureza a suscitar mais tristeza e inquietação do que ódio” (Ferenczi, 1912, p. 188).

Com frequência, no decorrer da sessão analítica (no apogeu da resistência) alguns de seus pacientes se queixavam de sonolência e ameaçavam adormecer. Diziam que o tratamento era inútil, absurdo ou enfadonho. Ferenczi explicava-lhes o sentido dessa ameaça e o sono passava. Em outro exemplo dado pelo autor, isso aconteceu com um de seus pacientes ao adormecer independente das explicações do médico quanto à regra fundamental. Sem incomodá-lo, o analista esperou o paciente despertar do sono profundo que se abateu durante a sessão. De acordo com Ferenczi, o analisando sabia muito bem que seu objetivo era desqualificar o seu método de trabalho, ou seja, impedindo-o de falar durante a sessão. Essa forma particular de resistência fez com que ele compreendesse os motivos pelos quais seu paciente tivesse adormecido por cinco minutos, no decurso dos quais ele permaneceu calado, silencioso, vendo-o despertar com um sobressalto e continuar seu discurso de onde parou. Essa era uma forma particular de resistência que poderia se manifestar numa sessão (Ferenczi, 1914, p. 135). Ao esperar o paciente retornar da sua letargia durante o sono, e ao compreender o que se passava na dinâmica da sessão, Ferenczi acolhe o silêncio do paciente sonolento para então dar continuidade ao trabalho de análise a partir do que ele traz no retorno à vigília.

Sono e silêncio, muitas vezes, podem não representar um movimento de resistência, e, sim, indicar que há algo no discurso do paciente ou do analista que não está progredindo, provocando outro fenômeno, qual seja, o tédio. O tédio

não é um fenômeno raro e muito menos incomum no *setting*. Algumas vezes, ele pode se fazer presente por sessões enfadonhas, morosas, sem vida, produzindo sono tanto no paciente quanto no analista.

A ameaça de adormecer de tédio, formulada por alguns pacientes, tampouco nos deve perturbar; é certo que, em alguns casos, o paciente adormece efetivamente, por um breve instante, mas seu despertar rápido fez-me concluir que o pré-consciente se mantinha na situação do tratamento mesmo durante o sono. Portanto, o perigo de que o paciente durma durante toda a sessão não existe (Ferenczi, 1919, p. 359).

Enganava-se o metapsicólogo, ao pensar que, durante anos de trabalho, seria impossível que algum de seus pacientes adormecesse durante toda a sessão. A questão não é a impossibilidade ou não de o paciente adormecer e sim que, nos anos em que a técnica psicanalítica ainda não estava totalmente desenvolvida, Ferenczi ainda não havia elaborado todas as críticas que faria à metapsicologia freudiana e ao trabalho clínico da análise, propondo inovações teóricas e práticas. Mesmo assim, após as proposições metapsicológicas de Freud, seguidas pelos seus herdeiros, e acrescidas de suas contribuições, não era admissível deixar um paciente sonolento ao longo de toda uma sessão. Evocamos que, se neste instante, o silêncio constituído durante a sessão a partir do tédio, e na forma de sono por parte do analisando, era insustentável para todo e qualquer analista que tinha, no discurso do inconsciente por meio da palavra, sua ferramenta de trabalho, como acessar o recalcado? Como transformar em consciente o inconsciente? Como e o que interpretar? Como eliminar os sintomas por meio da “cura pela fala” ou da “limpeza da chaminé”? Uma vez o paciente estando dormindo ao longo de uma sessão inteira, não só haveria uma paralisia dos seus pensamentos inconscientes como uma paralisia do expediente de trabalho do analista. Sem palavras, não haveria análise, e, sem análise, não haveria como transformar um material inconsciente em consciente, eliminar os sintomas e promover a cura.

De igual modo, o sentimento de tédio não é experimentado apenas pelo analisando, mas pode acometer o analista a partir do fenômeno da contratransferência:

Situaremos no capítulo da “contratransferência” o fato de que em certas sessões o médico também deixa passar as associações do paciente e só dá ouvidos a algumas de suas falas; pode-se produzir nesse caso uma sonolência de alguns segundos. Um exame ulterior leva-nos, em geral, a

constatar que reagimos pela retirada do investimento consciente ao vazio e à futilidade das associações fornecidas nesse momento precioso; à primeira ideia do paciente relacionada, de algum modo, com o tratamento, estamos de novo atentos. Portanto, tampouco existe nenhum perigo de que o médico adormeça e deixe de prestar atenção ao paciente (Ferenczi, 1919, p. 359).

Mais uma vez enganava-se o autor quanto aos poderes encontrados no fenômeno da contratransferência. O sentimento de tédio revela aspectos da dinâmica psíquica de todo paciente que se encontra em análise, despertando no médico o mesmo tipo de sentimento. Se o tédio se faz presente e é traduzido em determinadas situações pelo sono por parte de um ou de outro na cena analítica, isso pode ser remetido ao empobrecimento do mundo interior do analisando, a um discurso patogenicamente mórbido calcado na pulsão de morte ou até mesmo a uma forma de resistência particular por parte do paciente. Superar os fenômenos contratransferenciais só será possível, diz o autor, a partir de mais trabalho de análise por parte do médico, sem o qual ele não teria como enfrentar a diversidade de sintomas e de fenômenos que surgem ao tratar de seus pacientes.

No entanto, Ferenczi é imperativo no que se refere ao silêncio como sinônimo de resistência. Sem dar chance para que este tipo de silêncio se manifeste e objetivando, sobretudo, a “cura psicanalítica”, o analista deve se colocar diante desta situação como um médico obstetra durante o trabalho de um parto que não é levado a contento, tal como descreve a seguir:

A situação do médico na cura psicanalítica lembra em muitos aspectos a do parteiro, que também deve se comportar, o tanto quanto possível, passivamente, limitar-se ao papel de espectador de um processo natural, mas que nos momentos críticos terá o fórceps à mão para terminar um parto que não progride espontaneamente (Ferenczi, 1919, p. 362).

As palavras, diz Ferenczi, precisam ser retiradas a fórceps, precisam ser arrancadas à força pelo médico para que elas se façam presentes, para que a resistência seja superada. Com isso, o autor passa a considerar aquilo que viria a definir, dois anos mais tarde, como “técnica ativa”, período que recobre os anos entre 1919 e 1926 no seu pensamento, provocado pela estagnação do processo de associação livre do paciente, ou seja, uma situação em que o médico intervém diretamente na experiência do paciente, ajudando-o na superação das resistências. O termo usado por Ferenczi para isso é a produção de um “parto de pensamento” (Ferenczi, 1921, p. 183), cujo objetivo, diz o autor, é a educação do ego do paciente em termos de comportamentos passivo e ativo. No entanto, ele adverte os

analistas iniciantes ou sem grande experiência, pois estes deveriam evitar tal procedimento na iminência de conduzir os pacientes a pistas falsas sobre seu próprio inconsciente, devendo seguir à risca a “regra de ouro” da psicanálise.

Com efeito, a técnica ativa não designa apenas em uma intervenção enérgica por parte do médico na situação do paciente, mas também na observância da regra fundamental. Em determinadas circunstâncias o analista pode impor situações ao analisando para dar prosseguimento ao tratamento, tais como a renúncia a ações e sensações agradáveis na forma de excitações masturbatórias, estereotípias, tiques ou excitações em outras partes do corpo, de modo tornar possível o acesso à consciência a materiais mnésicos e dar prosseguimento ao curso da análise (Ferenczi, 1921, p. 184-185).

Vejamos como isso ocorre, a partir de um exemplo dado pelo próprio autor: trata-se de uma jovem musicista croata que sofria de uma quantidade diversificada de sintomas fóbicos e temores obsessivos. A jovem tinha medo de tocar em público, ruborizava-se, tinha dificuldade de executar determinados exercícios em público, os quais eram perfeitamente executados quando se encontrava sozinha, inviabilizando suas apresentações. Durante uma determinada sessão, essa jovem lembra-se do refrão de uma canção popular que a irmã mais velha (que a tiranizava) tinha o hábito de cantar; em determinado momento, ao relatar o trecho da canção, se cala e fica em silêncio durante bastante tempo. Ferenczi pede para que a moça cante a música durante esta e mais duas sessões, o que foi impossível; o analista insiste até que a jovem cede ao pedido e canta, não sem antes interromper o canto quando se lembra da estrofe que a irmã cantava, sentindo-se incomodada. Encorajada pelo analista, a musicista é ensejada a cantá-la mesmo assim, com voz cada vez mais forte até conseguir repetir o mesmo refrão do modo como a irmã cantava, inclusive com gestos, revelando-se não só uma excelente cantora como superando o desânimo ao atender ao pedido do seu médico.

Aqui, a sensibilidade do metapsicólogo se revela na possibilidade de lidar com o silêncio de modo bastante diverso do seu mestre. Com a técnica ativa, Ferenczi não deixa de conceder ao silêncio um *status* de resistência, mas produz no *setting* um expediente condenável por Freud em termos de técnica analítica: pôr em ato o fenômeno que impedia o acesso aos sintomas inconscientes, haja vista que, para Ferenczi, a psicanálise deveria ser libertária quanto ao nosso

desejo. Para isso, não media esforços para inovar na prática clínica, incentivando alguns de seus pacientes a produzirem pensamentos e fantasias (Ferenczi, 1924a) ou dissuadindo-os dessa tentativa, simulando sonhos por meio de “projetos de pensamento”, ora driblando o abuso da atividade associativa, ora impedindo que os seus pacientes “falassem” ou “pensassem de lado”, ou seja, produzissem um discurso vazio e sem sentido, que não levasse a lugar algum na análise (Ferenczi, 1921, p. 189).

A técnica ativa só deveria ser usada na solidez da transferência e nunca no início do tratamento, visto que ela trabalha na contramão do princípio do prazer. Se nesse momento o analista fala e é mais imperativo, em outros deve permanecer mais silencioso, reservado e passivo para não perturbar a transferência nem interferir na possível resistência de seu paciente (Ferenczi, 1926). Para Ferenczi, “atividade” é algo que só pode ser aplicado ao paciente ao invés do analista. Este, por si só, já é ativo durante suas intervenções, interpretações e construções junto ao psiquismo do paciente, ao promover o acesso à cadeia de associações livres (Pinheiro, 1995).

Ferenczi cita dois grandes perigos no uso da técnica ativa: primeiro, que o paciente se “cure rápido demais” e de “forma incompleta” decorrente de intervenções sucessivas (aqui o autor sugere moderação na quantidade de observações dirigidas ao seu paciente e na quantidade de interpretações dadas); segundo, o perigo de se exacerbar a resistência, impedindo a cura, e, pelo contrário, prolongando-a. A técnica ativa é na verdade uma forma particular de manejo na análise com o objetivo de incitar o paciente a certas atividades, inibições, atitudes psíquicas ou descarga de afetos, para que se consiga ter acesso ao material inconsciente ou mnésico, ou seja, um meio de alcançar o efeito catártico que Breuer e Freud conseguiam na época dos primeiros casos clínicos.

A técnica ativa assume consequentemente apenas o papel de agente *provocateur*, com suas injunções e interdições favorecendo as repetições que devem em seguida ser interpretadas ou reconstruídas em lembranças. (...) A técnica ativa não tem outra finalidade senão trazer à luz, pela ação, certas tendências ainda latentes à repetição e ajudar, assim, a terapêutica na obtenção desse triunfo talvez um pouco mais rapidamente (Ferenczi, 1921, p. 192-197).

O que o psicanalista húngaro não prestou atenção é que, com a técnica ativa, o analista ressalta o conforto do analisando ou o prazer que este pode experimentar durante as sessões, provocando concomitantemente o soerguimento

das defesas organizadas do paciente na medida em que o analista interfere na cadeia de associações livres. De acordo com Pinheiro (1995), a técnica ativa pretendia incidir sobre esse prazer do paciente ao longo das sessões, o que fez com que Ferenczi criticasse, em 1924, certas regras que dizem respeito ao comportamento do analista que, a seu ver, poderia funcionar como um escudo protetor contra as defesas do paciente.

Ora, se a interpretação seria uma interferência ativa sobre o psiquismo do paciente, o analista só deveria usá-la de modo econômico e somente após uma avaliação cuidadosa do paciente. Ferenczi, então, produz uma guinada no seu pensamento, ao propor uma inovação em termos de técnica: “o tato do analista”. O analista precisa de “tato” com seu paciente, ou seja, entender, compreender e estar atento a tudo o que acontece durante a dinâmica psíquica e não se encostar confortavelmente em sua poltrona, pensando que, com uma ordem objetiva, fez todo o trabalho necessário e possível para o paciente. Com o “tato do analista”, Ferenczi traz para o primeiro plano o poder de manejar o afeto por meio da transferência e da contratransferência.

A segunda inovação no seu pensamento se deu em 1928. Com a compreensão do “tato do analista” e fazendo uma dura crítica à posição que certos analistas ocupavam na análise de seus pacientes, Ferenczi abandonará a técnica ativa pela “elasticidade da técnica” psicanalítica. De acordo com o autor, o uso da técnica ativa não se refere a ceder à resistência do paciente. O que se busca é sentir com ele todos os seus caprichos, todos os seus humores, sem com isso perder-se no trabalho clínico (Ferenczi, 1928, p. 36).

De acordo com Pinheiro (1995, p. 107), Ferenczi se deu conta de que a técnica ativa não lhe trouxe os objetivos que ele tanto buscava. Primeiro porque seu caráter autoritário não provocava a agressividade e hostilidade do paciente para com o analista por meio da transferência, pelo contrário, a técnica remetia o paciente de volta à cena traumática e a uma nova submissão com o agressor. Segundo, o material pesquisado com a técnica ativa sempre aparecia no curso da análise, e, se o analista soubesse esperar, acabaria se deparando com ele; o uso da técnica ativa reforçava a pressa do analista, o que só poderia lhe ser útil mais próximo ao fim de uma análise, permitindo ao paciente que resolvesse sua transferência, mas o efeito era justamente o contrário, ele identificava-se com o analista submetendo-o ao desprazer que lhe era imposto, aumentando ainda mais a

sua ligação transferencial. Por sua vez, o conforto combatido pela técnica ativa, ao invés de desaparecer, permanecia, e, ao invés de surgir uma transferência negativa, material com o qual o analista trabalha, o que aparecia era um estado de docilidade do paciente frente ao seu analista. O conforto não pode ser um conforto nem para o paciente e nem para o analista. Se um deles está confortável nesse lugar, há algo errado se o analista está confortável ao atender seu paciente ou se o paciente está se sentindo confortavelmente no atendimento com seu analista.

A elasticidade da técnica acabou prevalecendo sobre a técnica ativa. Com isso, Ferenczi pôde ressaltar o humano dentro do psicanalista, que se afeta e se deixa afetar pelo seu paciente, em oposição à neutralidade do analista recomendada por Freud. Contrário a qualquer ritualização, Ferenczi passa a se opor ferrenhamente a qualquer tipo de ritualização no qual o analista torna-se impermeável ao seu próprio psiquismo. Não era assim que uma análise funcionava. Para o analista húngaro, deveria haver uma sinceridade em relação a si próprio e ao paciente, e só uma boa análise pessoal poderia produzir no analista essa sinceridade. Além disso, esse deve ser um exercício constante no analista, pois, com a elasticidade da técnica, o analista tem condições de assimilar o interior dos fundamentos teóricos de sua prática clínica por intermédio da sua própria análise pessoal (Pinheiro, 1995).

O procedimento que aplico e recomendo, a elasticidade, não equivale, em absoluto, a ceder sem resistência. Procuramos, é certo, colocar-nos no diapásão do doente, sentir com ele todos os seus caprichos, todos os seus humores, mas também nos atemos com firmeza, até o fim, à nossa posição ditada pela experiência analítica. (...) A única base confiável para uma boa técnica analítica é a análise terminada do analista. É evidente que num analista bem analisado, os processos de “sentir com” e de avaliação, exigidos por mim, não se desenrolarão no inconsciente mas ao nível pré-consciente (Ferenczi, 1928, p. 36).

O tato do analista refere-se à capacidade dele em “sentir com” ou “ser como” o paciente, ou seja, representar o vivido do paciente – o que ia de encontro aos ditames do método criado por Freud. A elasticidade da técnica passou a ser o método usado pelo metapsicólogo com determinados tipos de pacientes, os chamados casos mais difíceis, os tipos obsessivos, falso *self*, *borderline* ou personalidade narcísica (Pinheiro, 1996). Foi a partir deste tipo de trabalho que Ferenczi passou a prestar mais atenção no silêncio na análise, constituindo o

esboço de uma primeira teoria sobre o assunto enfatizando o manejo do silêncio. Dois dos seus pacientes lançaram luz sobre o fenômeno do silêncio na análise.

O primeiro deles era um paciente avarento em suas palavras, ou seja, comedido em falar, inibido em suas associações e prolixo durante algumas sessões. Ao ser chamado a atenção sobre o fato, o paciente lhe responde “o silêncio é de ouro, doutor”. Essa associação deu ao psicanalista húngaro a oportunidade de explicar ao paciente a relação entre fezes e ouro (ou qualquer outro objeto de valor), mostrando-lhe como ele havia sido econômico na sua fala, do mesmo modo como ele provavelmente também era na sua relação com o dinheiro ou no trato intestinal. Para a psicanálise, Ferenczi explica, “o silêncio é de ouro” porque não falar representa em si uma economia, estabelecendo uma relação direta entre dinheiro, ouro e fezes. A psicanálise, mesmo desde Freud (1908), já havia traçado esta relação por meio do erotismo anal e determinados traços de caráter, sobretudo aqueles que têm relação com a fala⁶.

Em outro paciente, essa relação se mostra perfeitamente coesa ao estabelecer um paralelo entre espasmos nas cordas vocais e espasmos no esfíncter anal, pois, quando estava de bom humor, sua voz era clara e forte e conseqüentemente tinha uma evacuação abundante e satisfatória. Porém, quando estava deprimido ou tinha que falar com pessoas mais velhas ou superiores, a afonia surgia de repente e ele era acometido por espasmos esfíncterianos simultaneamente.

De acordo com Ferenczi a análise desses tipos caracterológicos mostrou que alguns indivíduos que retêm inconscientemente suas fezes esperam ficar fortalecidos no plano físico e psíquico, ao passo que receiam ficarem debilitados pela evacuação (Ferenczi, 1916-1917, p. 277-278).

Aqui o autor estabelece uma estreita relação entre a “força” para expulsar as fezes e a “retenção” das mesmas, remontando à primeira infância de todos nós. Essa relação está vinculada a duas fases do desenvolvimento da libido pelas quais passamos, mais especificamente as fases oral e anal tal como defendidas por Freud (1905b). Há, portanto, para Ferenczi, uma relação direta da vocalização e da elocução com o erotismo anal, tal como no ditado popular: se a

⁶ Ernest Jones, por sua vez, ventitou a hipótese de um deslocamento da libido anal para o âmbito fonético (Jones, 1918), e o próprio Ferenczi (1911) já havia exposto a possível relação existente entre a vocalização e o erotismo anal em um texto sobre as palavras obscenas.

palavra é de prata, “o silêncio é de ouro”, pois guarda o valor das palavras assim como as crianças guardam suas fezes que podem ser doadas para sua mãe.

As noções de relações fantasmáticas do eu com seus objetos internos permitem a Ferenczi o estabelecimento de equações simbólicas tais como a que aparece no silêncio: palavras-fezes, ânus-boca. Aqui começa a se esboçar toda uma nova grade de decodificação para a apreensão do comportamento global do paciente enquanto metáfora de seus conteúdos psíquicos inconscientes, na base do inter-jogo dos deslocamentos sobre os objetos fantasmáticos, o que caracteriza a dinâmica do mundo interno do sujeito (Pellegrino, 1988, p. 188).

Como vemos, Ferenczi não deixou de prestar atenção nas proposições teóricas de Freud no texto “*Caráter e erotismo anal*”, mas foi além do seu mestre ao pontuar a natureza das forças libidinais que operavam no discurso dos seus pacientes.

Era preciso aprender com eles. Os analistas, afirma o autor, prestam muita atenção no que os pacientes dizem, mas atentam muito pouco para o que os pacientes não dizem e, às vezes, o que eles calam é infinitamente mais interessante e importante do que o que é dito. Já os analisandos apreendem os sentimentos do analista por meio da transferência, sentem pelo timbre de voz, pela escolha de palavras ou pela linguagem dos gestos os pensamentos e emoções dele e, portanto, não podem ser enganados a cada vez que chegam para análise (Ferenczi, 1924b; 1933). O analista experiente deve prestar atenção nesse conjunto de comportamentos, tanto seus quanto dos seus pacientes, e fazer uso desse material para o bem deles. Aqui vemos nitidamente a ênfase do autor no papel da transferência e da contratransferência na trama analítica, naquilo que denominados de intersubjetividade, ou seja, a subjetividade que não está expressa na própria linguagem, mas que se expressa por meio de formações não verbais inconscientes.

Com seu raciocínio atento ao que se passava na sessão e com suas técnicas inovadoras, Ferenczi não deixou de privilegiar o lugar do corpo na análise⁷, por meio daquilo que ele denominou de “linguagem dos gestos” – observados através de bocejos, sono, tosses repentinas, olhares em torno do

⁷ Em um texto sobre o final da análise, o autor viria a comentar: “Só aquele que, como eu, teve a experiência de ver inclusive pessoas curadas pela análise continuarem apresentando mímicas, atitudes corporais, cacoetes, movimentos ineptos de que todo mundo ri pelas costas, sem que elas mesmas tenham a menor desconfiança de suas singularidades, considerará que uma análise radical tem por dever, cruel, mas inevitável, fazer com que aqueles a quem isso mais interessa adquiram plena consciência desses segredos, por assim dizer públicos” (Ferenczi, 1927, p. 19).

setting, vontade súbita de urinar, modo de cruzar e descruzar as pernas ou até mesmo movimentos que repetiam e lembravam o ato de masturbação em plena sessão de análise. Com isso, seria possível admitir que o paciente falasse não com palavras, mas por expressões corporais tais como a linguagem dos gestos referida pelo autor: “nos momentos em que o sistema psíquico falha, o organismo começa a pensar” (Ferenczi, 1932a, p. 37). Toda essa “nova linguagem”, à qual Freud não deu grande atenção, tinha como finalidade preencher lacunas psíquicas no discurso do paciente por meio de sua corporeidade.

De acordo com Pinheiro (1995, p. 97), somente o corpo guardou a lembrança dos traumas provocados no paciente, e é justamente ele que se expressa nos silêncios do paciente durante uma sessão de análise. A voz que se cala, assim como as representações do evento traumático, diz a autora, deixa o corpo se expressar, e são as palavras desse corpo que o analista deverá escutar.

A elasticidade da técnica, assim, se constituiu como método de trabalho objetivando transgredir a regra analítica clássica, ora prolongando as sessões, ora frustrando as expectativas dos pacientes, ora aumentando a tensão ao provocar angústia por meio de um silêncio duradouro por parte do analista ou agindo imediatamente ao observar um comportamento não desejável na sessão, provocando um posterior estado de relaxamento: “A psicanálise trabalha, de fato, com dois meios que se opõem mutuamente: produz um aumento da tensão pela frustração e um relaxamento ao autorizar certas liberdades” (Ferenczi, 1930a, p. 59).

O analista se surpreendeu com os resultados dessa técnica em pacientes neuróticos, particularmente os obsessivos. Com isso, ele criou uma atmosfera de confiança para o pleno desenvolvimento do seu trabalho, angariando severas críticas por parte do seu mestre e de seus colegas de profissão. No entanto, ao dar margem a esses novos aspectos na cena analítica, Ferenczi constituiu aquilo que viria a ser chamado de uma “ética do acolhimento”, principalmente ao observar situações de traumas revividos em análise por parte de alguns de seus pacientes. A “ética do acolhimento” só foi possível a Ferenczi após o abandono do uso da técnica ativa em prol da elasticidade da técnica, do uso do relaxamento e da neocatarse como ferramentas de trabalho clínico.

Preconizei uma espécie de acolhimento caloroso em preparação da análise propriamente dita das resistências. As medidas de relaxamento que acabo de propor apagam ainda mais, por certo, a diferença, excessivamente acentuada até hoje, entre análise de crianças e análise de adultos (Ferenczi, 1930a, p. 65).

O leitor desatento poderia se perguntar por que falar sobre a importância do acolhimento, o papel do corpo e da linguagem dos gestos ou da ênfase na técnica ativa ou na elasticidade da técnica em um texto que trata eminentemente do silêncio na psicanálise. Ora, sem prestarmos atenção ao apelo desse corpo que fala sem palavras, sem o devido acolhimento desta forma particular de linguagem que é encenada em plena sessão, e sem uma técnica que pudesse dar conta das especificidades dos sintomas apresentados pelos pacientes, não haveria como sustentar o silêncio destes, sobretudo no que se refere às grandes diferenças representadas no trabalho clínico com adultos e crianças, e particularmente a partir de uma conceituação do trauma, que passou a fazer parte da preocupação de Ferenczi.

Por exemplo, em alguns textos publicados, Ferenczi sustentará que o trabalho analítico com crianças e adultos diferem entre si. As crianças falam a linguagem da ternura enquanto que os adultos falam a linguagem da paixão, provocando nelas traumatismos precoces de toda sorte. A ternura e a sensualidade das crianças, ou seja, sua inocência diante da vida e do mundo externo, chocam-se com as respostas que os adultos lhes dão, ora pontuadas por um erotismo sedutor, ora por um erotismo perverso, produzindo no mais das vezes alguns traumas de difícil remoção. As crianças, por sua vez, identificam-se com o seu agressor e introjetam sentimentos de culpa do adulto pelo abuso que sofreram, perdendo a confiança em seus cuidadores (Ferenczi, 1931; 1933; 1934)⁸.

Não é raro, portanto, que algumas crianças que sofreram abuso cheguem à análise reticentes, caladas, sem conseguir expor o trauma que sofreram ou apresentando sintomas de difícil detecção pelo analista. Precisam encontrar,

⁸ Em seu “Diário Clínico”, o analista refere-se ao sentimento de responsabilidade nas crianças pequenas quando os adultos agiram mal com elas. Ele afirma que as investidas sexuais, a linguagem da paixão dos adultos, produz uma reação nas crianças: a promessa muda de nada divulgar do que sofreram, posto que suas famílias poderiam se desagregar. As preocupações da criança se voltam, sobretudo, para a possível perda de um de seus objetos de amor, o qual na maioria das vezes é encarnado pela figura materna. Para garantir ainda mais o silêncio, diz Ferenczi, é preciso esquecer, recalcar o que foi vivido como desprazer, e deixar as marcas do tempo apagarem as cicatrizes, se possível, é claro (Ferenczi, 1932a, p. 157).

para tanto, um ambiente acolhedor para expor o que sofreram, o mesmo ocorrendo com adultos que passaram por experiências traumáticas quando crianças.

A personalidade infantil, ainda tão pouco consolidada, não tem, por assim dizer, qualquer capacidade de existência se o seu meio não a sustentar e amparar de todos os lados. Sem esse amparo, os mecanismos parciais, psíquicos e orgânicos, divergem, explodem de certa forma; ainda não existe centro do Ego em força digna de ser mencionada, que manteria o todo unido, mesmo de um modo autônomo. As crianças ainda não possuem Ego, têm apenas um Id, e o Id reage ainda de modo aloplástico [*ou seja, moldado por fatores externos ou ambientais*], não de modo motor. A análise deveria ser capaz de propiciar ao paciente o meio favorável à construção do Ego que lhe faltou outrora, e de pôr fim ao estado de mimetismo que, tal como um reflexo condicionado, incita apenas a repetições. Um novo nascimento e uma nova decolagem, por assim dizer (Ferenczi, 1932a, p. 259, acréscimo nosso).

Para o autor, a palavra a ser destacada aqui é o “choque” decorrente do trauma pelo abuso. O choque, diz o autor, é equivalente à aniquilação do sentimento de si, da capacidade de resistir, agir e pensar com vistas à defesa do si mesmo (*soi*). A palavra *Erschütterung*, ou seja, “comoção psíquica” em alemão, deriva da palavra *Schutt*, que significa restos, destroços; engloba não só o desmoronamento de si, como a perda de sua forma própria e a aceitação fácil e sem resistência de uma forma outorgada.

A comoção psíquica sobrevém sempre sem preparação. Teve que ser precedida pelo sentimento de estar seguro de si, no qual, em consequência dos eventos, a pessoa sentiu-se decepcionada; antes, tinha excesso de confiança em si e no mundo circundante; depois, muito pouca ou nenhuma. Subestimou a sua própria força e viveu na louca ilusão de que tal coisa não podia acontecer; “não a mim”. Uma comoção pode ser puramente física, puramente moral ou então física e moral. A comoção física é sempre também psíquica; a comoção psíquica pode, sem nenhuma interferência física, engendrar o choque (Ferenczi, 1931, p. 109-110).

Sem condições para assimilar o que lhe aconteceu, a pessoa que sofreu o choque demora a significá-lo ou ressignificá-lo; é sempre um “*a posteriori*”, pois relembrar a cena que foi vivida causa desprazer. Portanto, não é incomum o paciente perder o fluxo do pensamento por meio da fala quando se aproxima das lembranças que provocaram o trauma que sofreu, seja ele homem ou mulher, criança ou adulto. “O que a criança [ou o adulto] deseja, de fato, mesmo no que diz respeito às coisas sexuais, é somente o jogo e a ternura, e não a manifestação violenta da paixão” [acrécimo nosso] (Ferenczi, 1930a, p. 64).

Acolhedor ao sofrimento do seu paciente, afetuoso nas respostas dadas a esse sofrimento, observador do discurso e da linguagem dos gestos e do corpo, atento à escuta profunda do que o seu paciente não diz, mesmo que para isso tenha que produzir alguma angústia diante deste silêncio, o *enfant terrible* da psicanálise não se cansou de inovar na sua clínica, sendo o primeiro analista contemporâneo a Freud a propor algo mais próximo do que chamaríamos de “uma clínica psicanalítica do silêncio” por meio dos dispositivos incorporados à psicanálise clássica. Com a elasticidade da técnica, o princípio de relaxamento e a neocatarse, Ferenczi propôs que o interdito, o não verbalizado, o recalcado, a resistência e até mesmo a introspecção dos seus pacientes fossem tratados de forma não invasiva. O analista freudiano quer sempre saber dos processos inconscientes do seu paciente, custe o que custar. Ferenczi, neste caso, era freudiano na teoria, mas ferencziano na sua prática clínica! A descoberta de uma linguagem que se expressava pelo corpo e não dispunha de palavras, fez com que Ferenczi empregasse a técnica do relaxamento e da neocatarse.

Na técnica ativa, o analista impunha tarefas ao paciente com o objetivo de aumentar-lhe a tensão para que surgisse um material novo. Ferenczi se deu conta de que esses pacientes se mostravam estranhamente dóceis diante dos deveres pesados, não trazendo qualquer material que manifestasse uma transferência negativa. Essa constatação permitiu estabelecer uma relação entre o analista da técnica ativa e o agressor de outrora, aquele do paciente traumatizado. A técnica de relaxamento e neocatarse vem tentar oferecer a esses pacientes a possibilidade de cobrir o buraco deixado pelo evento do trauma. A vivência corporal do trauma durante o processo analítico será a possibilidade da reconstrução, da integração do paciente com a sua própria história (Pinheiro, 1995, p. 98).

Sem poder dar uma representação psíquica àquilo que foi vivido como traumático, resta ao corpo se tornar o único depositário da memória do trauma, trazendo para o processo analítico uma possibilidade de resolução desse trauma. Para o autor, o sonho não mais teria a função de realizar o desejo do paciente, se compreendermos o sonho do ponto de vista freudiano, mas de recuperar os traços mnêmicos de uma fala que se calou, por meio de uma vivência sensorial e corporal. Se o analista não tem condições de lidar com as palavras oriundas de seu paciente, tudo o que lhe resta é escutar o que o corpo diz por meio dos sentidos e expresso sem palavras, para, daí, reconstruir a história do paciente, transformando em lembrança o que foi proibido pelo aparelho psíquico de ser pronunciado. Foi o

que Ferenczi denominou de “símbolos mnêmicos corporais”, ou seja, quando as palavras passaram a ser feitas de carne.

A lembrança fica comprimida no corpo e é somente aí que ela pode ser acordada... Não há justificativa para se exigir do analisando a rememoração consciente de alguma coisa que jamais foi consciente. É somente possível reviver alguma coisa com objetivação a posteriori, pela primeira vez, na análise. Reviver o traumatismo e interpretar (compreendê-lo) – ao inverso do “recalque” puramente subjetivo – é, portanto, a dupla tarefa da análise (Ferenczi 1932, apud Pinheiro, 1995, p. 99).

Para Ferenczi, haveria uma desvantagem no “falar continuamente”, qual seja, um obstáculo ao relaxamento produzido pela comunicação intermitente, tornando meramente conscientes e especulativas as associações que daí surgissem, as quais permaneceriam na superfície ou andando em círculos (caso dos discursos que nada dizem, esvaziados de sentidos, ou falas ou pensamentos “de lado”). Os momentos de silêncio que se prolongam, para o autor, produziriam um relaxamento mais profundo semelhante ao relaxamento produzido no sonho. Não obstante, questiona-se: Quando é preciso, em seguida, falar *apesar de tudo*? O analista deve interromper (surpreender) o silêncio? Quando devem começar as “sessões de silêncio”? (Ferenczi, 1932b, p. 265, grifos do autor).

Ao dar ênfase ao silêncio do paciente, Ferenczi esperava que no momento seguinte fossem produzidas imagens ou cenas a partir das associações livres advindas desses momentos, sem que fosse necessária nenhuma intervenção por parte do terapeuta. Este é o momento de acolhimento, no tempo e no espaço, do psiquismo do paciente. Este também é o momento em que o autor fala de elaboração psíquica advinda do silêncio, na forma conferida por Freud (1926) ou, em suas palavras, por via da “translaboração” (Ferenczi, 1927)⁹.

A translaboração, para o autor, refere-se ao trabalho psíquico a que o paciente se entrega com a ajuda do analista, envolvendo uma relação de forças entre o recalco e a resistência, portanto, um fator puramente quantitativo, enquanto que a elucidação da causa patogênica e da formação dos sintomas

⁹ Em uma breve nota de rodapé no texto “O problema de fim de análise” (Ferenczi, 1927), a questão sobre o conceito de elaboração, perlaboração ou translaboração é discutida pelos tradutores franceses da obra de Ferenczi. A palavra alemã para translaboração é “*Durcharbeiten*”. *Durch* quer dizer “através de”. Em latim, a preposição “trans”, através de, para além de, não corresponde à preposição “per”, que significa também “entre”, “em”, “sobre”, “diante de”, “por meio de”. Remeto o leitor à discussão encontrada no Vocabulário de Psicanálise de Laplanche e Pontalis (1986), bem como em Oliveira (2009), Aisenstein (2000), Bouchard (2000), Kirshner (2000).

refere-se a uma análise meramente qualitativa. Entretanto, após repetições dos mecanismos de transferência e resistência vividos na análise, é possível que se produza um progresso importante na análise a partir do processo de translaboração, ao passo que, às vezes, o que se ocorre é exatamente o contrário: após um longo período de translaboração, o caminho fica aberto para que um novo material mnêmico anuncie o fim de uma análise (Ferenczi, 1927, p. 20).

No que se refere à técnica do manejo do silêncio, não só a elaboração, perlaboração ou translaboração são necessárias para suscitar um relaxamento, mas a própria associação livre vai ser apontada pelo autor como coadjuvante no trabalho clínico. Cito Ferenczi:

A “associação livre” também é um “relaxamento” passageiro, de fato um silêncio (e desligamento do pensamento consciente) até a irrupção da próxima associação (a primeira a vir); então o silêncio (e a vontade de não pensar) é interrompido de modo espontâneo ou a partir da pergunta do analista (O que é que lhe acode ao espírito?). Na realidade, porém, o paciente cala-se geralmente por um pouco mais de tempo, tem várias associações – profundas e superficiais – esquece com frequência, nesse meio tempo, a presença de uma “terceira” pessoa e comunica-nos uma *série* de associações que levam, por vezes, para bem longe da primeira ideia ainda consciente e amiúde numa direção inesperada, e que podem ter conduzido para mais perto do material do inconsciente (recalcado). Portanto, não existe nenhuma diferença de princípio entre uma técnica de silêncio (ocasionalmente utilizada) e a associação livre. É apenas uma diferença de grau. *A priori*, é provável que um silêncio um pouco mais prolongado (pensamento não consciente) leve um pouco mais longe, também mais profundo, talvez (Ferenczi, 1932c, p. 265-266).

A regra mais importante, nesse trabalho, é a economia das palavras do analista e de suas interpretações para com as associações do seu paciente. Pela primeira vez na análise, o que está em discussão é o duplo estatuto do silêncio: do analista e do analisando. Em que momento este último deve ser solicitado a falar do que lhe ocorre à alma, e em que momento o analista deve se calar para que sejam produzidas associações livres a partir do próprio silêncio do seu paciente? Ferenczi, a exemplo da paciente de Freud, exemplifica esta situação a partir de um caso clínico no qual sua paciente ordena: “Não fale tanto, não me interrompa a torto e a direito; você agora estragou tudo de novo”. Diante disso, o analista interpreta que uma associação livre interrompida fica sempre na superfície. A comunicação e a fala do analista trazem o paciente de volta à situação presente (a análise) e podem impedir o mergulho em profundidade (Ferenczi, 1932c, p. 266).

Ouvindo esse discurso que não é colocado em palavras, Ferenczi se aproxima de um contemporâneo seu, Theodor Reik.

Para Reik (1926, p. 17) escutar nunca é suficiente, nunca pode ser suficiente se o analista não estiver disposto a ouvir profundamente o que o seu paciente tem a dizer, é preciso algo mais: é preciso ouvir com a “terceira orelha”, pois, para o paciente, é difícil entregar a um estranho os fatos mais íntimos de uma vida e mais difícil ainda confiar-lhe seus pensamentos e suas emoções que sequer ousam serem dirigidas para si mesmo. “O analista não escuta somente o que está nas palavras, ele escuta também o que as palavras não dizem. Escuta com a “terceira orelha”, escutando o que dizem os pacientes e suas próprias vozes interiores, o que surge de suas profundezas inconscientes” (Reik, 1926, p. 23).

O analista nunca ouve apenas palavras, palavras e mais palavras. O que ele escuta tem a ver com sentimentos e emoções que são difíceis de expor para um outro que acolha esse material na sua totalidade, pois o sujeito nem sempre consegue admitir para si mesmo o que está falando ou tentando encobrir com seu silêncio. Para Reik, não seria justo atribuir os resultados da psicanálise unicamente aos poderes das palavras, mas ao poder das palavras e do silêncio (Reik, 1926, p. 19).

Esse é, portanto, um encontro a dois que se passa em um mundo outro que não o da realidade. O que é encenado em um consultório de análise, de Freud aos dias atuais, na verdade, é uma grande “alucinação” do que foi um dia vivido em forma de grande sofrimento. Onde a importância de o analista ter se submetido a um processo analítico para ter conhecimento dos seus limites, quando vai ao encontro de um outro sujeito que lhe pede ajuda diante do seu sofrimento. Este encontro, podemos afirmar, é acima de tudo um encontro entre inconscientes no qual a palavra não precisa estar presente. Reik afirma que o silêncio do psicanalista se faz presente no *setting*, posto que, quando alguém fala, necessariamente um outro tem que se calar para dar ouvidos ao seu interlocutor. O analista, portanto, não tem e nem pode ter medo do silêncio, independente dos inúmeros sentidos que ele tenha. Quando falamos, as palavras têm um valor diferente do que quando pensamos em nossas representações verbais, diz Reik. “A palavra articulada tem um efeito retroativo sobre quem fala. O silêncio do analista intensifica essa reação; age como um quebra-voz” (Reik, 1926, p. 22).

Muitas vezes, nas primeiras sessões, tudo que o paciente precisa é encontrar um ambiente acolhedor, calmo e silencioso diante do ruído do seu mundo interno. Esse silêncio, diz Reik, parece solicitar que ele fale livremente, esquecendo-se temporariamente suas inibições convencionais, sem nenhum juízo de valor. O silêncio do analista, nesse sentido, marca um olhar em direção a um outro que não é olhado, no máximo espiado, perscrutado, observado, e o analisando penetra na situação analítica saindo do silêncio que tinha como companheiro, ora fazendo silêncio de suas experiências, de suas emoções e de seus pensamentos (Reik, 1926).

É nesse sentido que Ferenczi se propõe a escutar os seus pacientes, colocando o afeto na cena analítica, pois, conforme ele afirma, somente a simpatia cura (*healing*). A compreensão do que é falado em uma sessão de análise só deve ser usada no momento adequado e da melhor maneira possível, em favor do paciente. Sem simpatia, diz o autor, não há cura, no máximo, uma visão geral do sofrimento humano (Ferenczi, 1932a, p. 248).

Poucos foram os autores contemporâneos a Ferenczi e a Reik que se propuseram enxergar o silêncio sob esse viés. Muitos deles fizeram um retorno a Freud no que se refere a uma metapsicologia do silêncio, a exemplo de Karl Abraham. Para Abraham, o retorno a Freud foi o passo para encontrar, no desenvolvimento libidinal, a corrente de pensamento que trataria o silêncio como sucedâneo da ética do acolhimento.

3.2

Os estágios pré-genitais da libido

Karl Abraham foi um dos primeiros psicanalistas estrangeiros a fazer parte do pequeno círculo que se formou em torno de Freud às quartas-feiras, em Viena. Nasceu em Bremen, uma das cidades da Liga Hanseática na Alemanha, em 1877, de família judia e extremamente religiosa. Era culto e resolveu cursar medicina, como era costume naquela época, terminando seu curso em Freiburg, próxima à fronteira da Suíça. Veio a se especializar em psiquiatria no hospital de Burghölzli de Zurique, onde conheceu Carl Gustav Jung, que o levou até Freud em 1907. Resolveu mudar-se para Berlim, ali se instando no ano seguinte, tornando-se, dentre os estrangeiros que participavam do seletivo Círculo de Viena,

um dos principais personagens da psicanálise alemã. Abraham também fundou a Sociedade Psicanalítica de Berlim, da qual foi presidente até seus últimos dias, vindo a falecer prematuramente aos 48 anos (Mezan, 2002; Jones, 1926).

De acordo com Mezan (2002), a postura do psicanalista alemão, que se tornou próximo de Freud, nunca foi a de contestar o mestre nem seus fundamentos teóricos, a exemplo de Reik e Ferenczi, e justamente por isso talvez tenha sido um pouco desprezado por Freud no que se refere às suas contribuições metapsicológicas. Já, para Jones (1926), Abraham foi um autor prolífico durante sua vida como psicanalista, apresentando nada menos do que 46 comunicações nos 15 anos de presidência da sociedade psicanalítica que fundara, além da publicação de uma diversidade de artigos em várias áreas da psicanálise, sobretudo no que se refere ao papel da sexualidade e da libido na formação da personalidade e do caráter.

Seus estudos nessa área são decorrentes de quatro grandes textos de Freud: *“Três Ensaios da Teoria da Sexualidade”*, *“Caráter e erotismo anal”*, *“As transformações do instinto exemplificadas no erotismo anal”* e *“Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico”* (Freud, 1905b; 1908; 1916; 1917b).

Nos *“Três Ensaios”*, como se sabe, Freud chama a atenção para as transgressões da anatomia com relação ao uso sexual da boca e das mucosas como zonas erógenas e lugares excitatórios onde se obtém prazer sexual. Faz do ato de chuchar comportamento ligado ao autoerotismo e enfatiza os prazeres ligados à retenção e expulsão de fezes e urina na primeira infância. A excitação sexual na criança recebe importantes contribuições das excitações periféricas de determinadas partes do corpo – boca, ânus e uretra.

Já, em *“Caráter e erotismo anal”*, o desenvolvimento da personalidade será concebido a partir de três características de personalidade, quais sejam, um amor à ordem que muitas vezes se transforma em formalismo; a parcimônia que muitas vezes se transformará em avareza; e uma obstinação que pode se transformar em uma irada rebeldia; cada uma delas referida a um traço de caráter, decorrente da continência ou incontinência na retenção das fezes e urina. O caráter de cada um de nós seria determinado pela fixação em uma das fases do desenvolvimento da libido, e do modo como atravessaríamos essas fases. Haveria,

portanto, um erotismo oral, uretral e anal que determinariam alguns tipos de caráter¹⁰.

Abraham não vai analisar o silêncio, a exemplo de Ferenczi, mas ampliará a concepção de determinados tipos de caráter a partir das proposições de Freud. Com isso, podemos pinçar, no escopo do seu trabalho, uma teoria para a compreensão do silêncio a partir desses tipos de caráter.

Sabemos ainda que ele deu pouca ênfase ao fenômeno da transferência. Porém, ressaltou a capacidade de transferência da libido para as pessoas de sexo oposto, para seres humanos em geral e para objetos em particular. A transferência é sustentada, assim, pela posição libidinal do sujeito na vida psíquica e é neste sentido que o silêncio do paciente vai ser revelado a partir da sua posição libidinal, na medida em que ele aparece como uma defesa contra os desejos erótico-orais (Pellegrino, 1988).

Em 1921, Abraham publica “*Contribuições à teoria do caráter anal*”, quinze anos depois da primeira publicação de Freud sobre o assunto. Neste texto, ele vai analisar as contribuições do caráter anal na formação de determinados traços caracterológicos.

Retomando esses traços em Freud, Abraham afirma que o prazer primário em esvaziar os intestinos poderia ser sublimado no prazer de pintar, modelar ou em atividades similares, ou então avançava ao longo de um caminho de formação reativa, tal como um amor especial pela limpeza. Em outra perspectiva, retoma a relação indireta e inconsciente entre fezes e dinheiro, tal como no desenvolvimento de personalidades avarentas. Toda a relação será tomada a partir da forma como a criança lida com os seus excrementos e da forma como os adultos manejam ou educam seus filhos no trato com a limpeza intestinal (Abraham, 1921).

Muitos adultos não têm consciência do quão prazeroso é para as crianças entrar em contato com algo que sai de dentro delas. A preocupação dos pais com o cuidado e a limpeza de seus filhos, às vezes exagerada, leva a uma sobredeterminação na limpeza das partes excretoras, tal como descrito pelo autor:

¹⁰ Ferenczi (1930b), já havia pontuado algumas possibilidades de tratamento psicanalítico do caráter, apesar de não tratar dos tipos de caráter ao modo como Abraham ou Freud o fizeram. Pelo contrário, o analista húngaro vai centrar na confiança o trabalho tanto com pessoas doentes de caráter quanto com pessoas com traços obsessivos ou histéricos.

O método primitivo de evacuação da criança coloca toda a superfície de suas nádegas e extremidades inferiores em contato com urina e fezes. Este contato parece desagradável e mesmo repulsivo para os adultos, cujas repressões os afastaram da reação infantil a esses processos. Eles não podem apreciar as fontes de prazer que a libido do bebê pode obter, quando o jato de urina morna sobre a pele e o contato com a massa tépida das fezes produzem sensações agradáveis. A criança só começa a dar sinais de desconforto quando os produtos excretados começam a esfriar sobre o seu corpo (Abraham, 1921, p. 372).

Ainda de acordo com Abraham, o prazer no ato de excreção compreende, além das sensações físicas, uma satisfação psíquica que se acha baseada na realização desse ato.

Exigindo uma estrita regularidade em suas excreções, bem como limpeza, o treinamento da criança expõe o narcisismo dela a um primeiro e severo teste. A maioria das crianças adapta-se mais cedo ou mais tarde a essas exigências. Nos casos favoráveis, a criança consegue transformar a necessidade em uma virtude, por assim dizer; noutras palavras, identifica-se com as exigências de seus educadores e fica orgulhosa de sua realização (Abraham, 1921, p. 373).

As crianças, tão logo são educadas a conter ou expulsar seus excrementos em lugares específicos, aprendem que o que elas produzem pode ter um grande valor para seus pais. Passam a se guiar por esse modelo de retenção e expulsão como que para ganhar um elogio, uma recompensa ou um carinho dos pais. No entanto, se algum dano for causado por eles ao narcisismo infantil, especialmente se esses danos forem de natureza persistente e sistemática, diz Abraham, forçando o hábito da criança antes que esta esteja preparada, ela passará a transferir para os objetos (pai ou mãe, inicialmente) os sentimentos que originalmente se acham ligados ao seu narcisismo. Quando a criança adquire essa capacidade de transferir para os objetos os sentimentos ligados aos seus hábitos de limpeza, ela se torna limpa “pelo amor dessa pessoa”. No entanto, se o hábito da limpeza for exigido muito cedo, ele poderá ser adquirido por meio do medo, fazendo com que sua resistência persista. Deste modo a libido se fixará narcisicamente, resultando numa permanente dificuldade na capacidade de amar.

As crianças que crescem em um intenso ambiente anal-erótico incorporam no conjunto de suas lembranças um signo de enorme poder, pois lidam o tempo todo com atitudes jocosas no que se refere ao trato intestinal e à forma como a educação e a limpeza são tratadas pelos adultos, superestimando a defecação e os excrementos por meio da linguagem corrente. Ao reconhecer no orgulho infantil pela evacuação um sentimento primitivo de poder, diz Abraham,

é possível entender, por exemplo, a sensação de impotência encontrada em pacientes que se queixam de prisão de ventre neurótica, posto que sua libido fora deslocada da zona genital para a zona anal, inibindo suas funções intestinais do mesmo modo como se fosse uma impotência genital – é o caso das pessoas hipocondríacas que falam da sua impotência intestinal (Abraham, 1921, p. 375).

A prisão de ventre se apresenta nas crianças, geralmente, quando a defecação lhes é exigida, mas se rendem às necessidades quando a ocasião lhes parece agradável. Sua dificuldade em evacuar na verdade nada mais é do que uma proteção contra os imperativos de reter ou expulsar os excrementos. As crianças aprendem, assim, o valor da dádiva, tal como formulado por Freud (1917b). Para Freud, desde muito cedo a criança valoriza as suas fezes, pois elas constituem algo que pode ser retido para ser preciosamente doado ao outro.

Uma vez que as fezes são a sua primeira dádiva, a criança transfere facilmente seu interesse dessa substância para uma nova, com que se depara, como a mais valiosa dádiva da vida. Aqueles que questionam essa derivação das dádivas deveriam considerar sua experiência de tratamento psicanalítico, estudar as dádivas que, como médicos, recebem dos pacientes e observar os tumultos de transferência que uma dádiva deles pode provocar nos pacientes (Freud, 1917b, p. 139).

Para Freud, o interesse pelas fezes ou pela urina continuava como parte do desejo da criança, deslocado para o dinheiro, por meio do impulso anal-erótico e de um impulso genital. Para o metapsicólogo, o pênis e a vagina têm uma relação com o impulso anal-erótico: a massa fecal representa-se como o primeiro pênis simbólico que a criança pode conceber, assim como a membrana da mucosa do reto pode representar a vagina. Todos eles podem mais tarde levar a traços de caráter obsessivo, caso venham a permanecer fixos nessa fase do desenvolvimento libidinal.

Abraham pensa na direção de Freud. Para ele, a entrega dos excrementos é a forma mais primitiva de uma criança doar ou presentear alguém. A relação com o dinheiro, neste caso, é direta. Reter ou doar fezes pode simbolizar guardar ou gastar dinheiro, guardar ou desperdiçar comida ou ainda reter a fala ou agir verborragicamente. Aqui encontramos a primeira formulação mais próxima de uma metapsicologia do silêncio a partir das contribuições de Abraham. O silêncio é a forma simbólica que o neurótico aprendeu ao guardar as palavras, porque elas valem tanto quanto um dia valeram seus excrementos. Em análise, elas só podem ser doadas para alguém que as mereça. Essa dinâmica

econômica da libido se expressa na clínica por meio das palavras que compõem as associações livres, conforme descreve o autor:

Há certos neuróticos que evitam tomar qualquer espécie de iniciativa. Na vida comum, desejam um pai bondoso ou uma mãe atenta que estejam continuamente à mão para afastar todas as dificuldades de seu caminho. Na psicanálise, ressentem-se de ter de fornecer associações livres. Gostariam de ficar inteiramente quietos e deixar o médico efetuar todo o trabalho analítico ou, então, de serem interrogados por ele. A similaridade dos fatos revelados pela análise desses casos permite-me afirmar que esses pacientes, na infância, costumavam resistir ao ato de defecação, deles exigido, e que então se costumava poupar-lhes esse trabalho pela aplicação de frequentes enemas ou purgantes, por parte da mãe ou de seu pai. Para eles, a associação livre é uma *evacuação psíquica* e, tal como ocorre com a evacuação corporal, não gostam que se lhes peça que a efetuem. Estão continuamente à espera de que o trabalho lhes seja tornado mais leve ou seja completamente feito para eles [grifos nossos] (Abraham, 1921, p. 378-379).

Como pode ser observado, esse tipo de resistência está localizado nas fontes anais eróticas e refere-se à dificuldade dos pacientes em associar livremente a despeito da atitude positiva do analista quanto à regra fundamental da psicanálise. Para exemplificar, o autor traz um estudo de caso com um de seus pacientes, que estava impedido de finalizar um trabalho acadêmico devido a uma resistência de longa data. Segundo o paciente, a sua dificuldade residia na dificuldade de iniciar o trabalho posto que, uma vez iniciado, não poderia abandoná-lo de novo, situação que indica um caso exemplar de neurose obsessiva.

Para Abraham, o exemplo dado refere-se ao comportamento dos neuróticos com relação às suas excreções, pois, ao reter os conteúdos no intestino ou na bexiga tanto quando podem, finalmente cedem às necessidades da natureza biológica evacuando todo o material retido. Neste mesmo paciente também foi observada uma particularidade no que se refere ao erotismo anal: durante o tempo em que esteve em análise ele permanecia inteiramente inativo por longos períodos de tempo, e, por meio dessa resistência, impedia que se produzisse qualquer alteração em seu estado. Seu único modo de lidar com as forças externas era praguejar violentamente, ao invés de pensar no êxito do seu trabalho, maldizendo-se pelas dificuldades que poderia enfrentar diante de suas injunções de insucesso; por fim, sua atividade intelectual era substituída por um remoer neurótico. Suas associações faltavam e, quando vinham, eram sempre referidas ao cheiro e ao ruído produzidos por episódios de flatulência (Abraham, 1921, p. 381-382).

Nessa perspectiva, a fala do paciente se assemelhava ao modo como lidava com o conteúdo intestinal; retendo as suas associações livres, ele produzia uma verdadeira congestão de pensamentos, insuportável de manter por muito tempo. Quando “a natureza” fazia o seu papel, descarregava a corrente de pensamentos retidos em palavras ao mesmo tempo em que produzia um relaxamento do esfíncter anal. Diante da possibilidade de produzir fezes, devolvia flatulência e passava a falar sobre esse episódio, demonstrando, portanto, a influência do erotismo anal tanto na formação do caráter quanto no tipo de discurso produzido em análise.

Além da influência do erotismo anal na formação do caráter, outro traço marcante é a influência do erotismo oral pontuado por Abraham (1924). Mais uma vez, retomando Freud, explica que certos elementos do erotismo anal sofrem uma transformação e entram na organização final da vida sexual madura de todos os indivíduos; uma outra parte é sublimada e a terceira vai formar o caráter de todos nós. No entanto, o autor acredita que o erotismo oral também é fonte da formação do caráter, de modo análogo ao erotismo genital, o que indica que todas as zonas erógenas participam da formação do caráter.

Haveria duas características que distinguiriam o erotismo anal do erotismo oral: no que se refere ao primeiro, diz o autor, apenas uma parte das tendências prazerosas que se acham relacionadas com os processos intestinais podem vir a fazer parte do erotismo normal sob forma não reprimida, enquanto que outra parte bem maior dos investimentos libidinais da boca pode ser empregada na vida posterior, não havendo necessidade dos elementos orais da sexualidade infantil se transformarem em formação de caráter; no que se refere à segunda, diz Abraham, devemos ter em mente a existência de uma transformação regressiva do caráter na fase anal que vai mais à frente irromper em traços caracterológicos ou perturbações nervosas de diversas ordens (Abraham, 1924, p. 394-395).

Com isso, o autor quer afirmar que há uma relação muito próxima entre a origem do caráter oral e a história do erotismo oral. Enquanto que na fase sádico-anal existe um prazer ligado à retenção e expulsão das fezes, na fase sádico-oral o indivíduo tem um intenso prazer no ato de sugar e morder, independentemente da ingestão ou não de alimentos, posto que a boca se coaduna desde os momentos seguintes ao nascimento com uma zona erógena com vistas à

obtenção de prazer. Esta forma primitiva de obtenção de prazer, diz Abraham, nunca é abandonada pelo indivíduo, e persiste sob todas as formas de disfarce ao longo da vida, podendo até experimentar algum tipo de reforço (é o caso, por exemplo, de pessoas que desenvolvem uma compulsão alimentar, permanecem todo o tempo mastigando algo ou precisam estimular a área da boca, com balas, bebidas ou cigarro, além de encontrar grande satisfação erótica na prática do sexo oral ou, por fim, no hábito da verborragia).

À medida que crescem, sabemos que as crianças renunciam ao seu prazer de sugar ou chuchar, deslocando-o para outras formas de obtenção de prazer, tais como as mencionadas acima. Além disso, há a irrupção dos dentes, na qual o prazer de sugar é substituído pelo prazer de morder. Este é o momento em que a criança começa a ter relações ambivalentes com os objetos externos, relacionando-se de forma tanto amistosa quanto hostil com eles. Nesse momento, diz Abraham, ocorre um outro deslocamento de sensações agradáveis para outras áreas e funções corporais, ou seja, o prazer em sugar ou morder sofre uma espécie de migração por volta da época em que a criança está sendo desmamada ou, dito de outro modo, quando ela passa a ser treinada nos hábitos de higiene e limpeza quanto a urina e fezes.

Um importante requisito essencial para o sucesso deste último processo reside na função, em desenvolvimento gradual, dos esfíncteres anal e uretral. A ação destes músculos é a mesma que a dos lábios no sugar e, evidentemente, modelada sobre esta. A evacuação original sem controle, das excreções corporais achava-se acompanhada por uma estimulação das aberturas do corpo que era indubitavelmente agradável. Se a criança se adapta às exigências do treinamento e aprende a reter suas excreções, esta nova atividade também vem a ser acompanhada de prazer (Abraham, 1924, p. 396).

A principal questão que o metapsicólogo levanta é a fixação em uma dessas fases. Sabemos que há mães que são indulgentes com a limpeza de seus filhos, muito embora haja outras que levem a maternidade a sério e tenham grande habilidade em repassar para eles os tratos com a higiene e a limpeza. A mãe tem que ser habilidosa para conseguir desmamar o seu filho na hora certa sem que a criança experimente esse momento como uma dificuldade, vindo a se aferrar com intensidade aos prazeres obtidos nesse estágio do erotismo oral. Caso isso ocorra, haverá a possibilidade do desenvolvimento de traços de carácter onde se dará não só uma fixação como também uma regressão a esse estágio do desenvolvimento.

Noutras palavras: na criança que foi desapontada ou excessivamente gratificada no período da sucção, o prazer em morder, que é também a forma mais primitiva de sadismo, receberá ênfase especial. Dessa maneira, a formação do caráter em tal criança começa sob a influência de uma ambivalência de sentimento anormalmente pronunciada (Abraham, 1924, p. 398).

Uma vez ocorrida a fixação nesta fase, não raro, podemos depreender dois tipos de manifestações clínicas: ou pacientes que não se contêm nas palavras e falam a expensas da corrente de pensamentos, quase que obtendo prazer neste hábito; ou pacientes que são comedidos nas palavras, posto que nunca puderam desenvolver sua oralidade em decorrência da inabilidade de seus pais no devido cuidado durante a fase de amamentação, desmame ou experiências autoeróticas, tais como o chuchar.

Todo o caráter de uma pessoa se acha sobre influência do erotismo oral, mas só podemos demonstrar isso caso a caso. Ao atravessar o estágio oral, podemos encontrar pessoas que podem experimentar esse estágio de modo prazeroso ou desprazeroso, satisfatório ou perturbado. Os traços característicos de sujeitos que atravessaram esse período de modo desprazeroso ou perturbado, são justificados pelo caráter social em que essas pessoas parecem solicitar algo das outras; são espécies de “vampiros” sugadores que se aferram às pessoas, detestam ficar sozinhas, mesmo que por pouco tempo; sua impaciência é uma peculiaridade da sua personalidade e uma investigação psicanalítica revela, no mais das vezes, uma regressão do estágio sádico-oral para o de sucção. Consequentemente, seu anseio por experimentar gratificação por meio da sucção transformou-se, para Abraham, numa necessidade de “dar através da boca”, ou seja, desejam conseguir tudo o que puderem para satisfazer seu desejo, ao passo que têm necessidade constante de se comunicar oralmente com outras pessoas, resultando em uma obstinada necessidade de falar, somada a uma hiperfluência verbal e comunicação exacerbada. Nestes casos, as pessoas têm a impressão de que sua reserva de pensamento é infindável, tratando tudo o que têm a dizer com um valor inestimável. Fazem uma verdadeira descarga oral por meio da fala (Abraham, 1924, p. 401).

Ademais, nesse tipo de caráter a fala toma o lugar dos impulsos reprimidos e, ao invés de morder e devorar o objeto, a conversa surge como forma de expressar toda a sua agressividade; o desejo de falar, por assim dizer, significa

tão somente o desejo de atacar, aniquilar e matar o seu adversário, em uma espécie de “evacuação corporal” pela fala. Para Abraham, em tais casos o falar está sujeito à valorização narcísica de suas produções (físicas e psíquicas) no campo da fantasia.

Será a partir de todas essas considerações centradas no erotismo oral, anal, uretral e genital que Robert Fliess, filho do amigo íntimo e correspondente de Freud de mesmo sobrenome, construirá uma articulação com Abraham acerca do silêncio e da verbalização.

Citando Ella Freeman Sharpe, em seu texto “*Problemas psicofísicos revelados na linguagem*”, o autor estabelece de imediato uma conexão entre os poderes da verbalização e as relações excretórias do corpo, conforme se segue:

Quando o ego finalizou sua obra e o controle do corpo é equilibrado e automático, não podemos mais manejar da mesma maneira as emoções de cólera e prazer que até então acompanhavam as descargas corporais. A criança adquire ao mesmo tempo a linguagem e o controle *esfincteriano* do *anus* e da *uretra*, e essa nova possibilidade de *exterioridade*, presente desde o nascimento, vai ser de primeira importância. A descarga da tensão, que não pode mais se efetuar pelo viés do físico, pode se dar pela palavra. A atividade de falar substitui a atividade das *aberturas do corpo*. *As palavras tornam-se substitutos de substâncias corporais...* [grifos do autor] (Sharpe apud Fliess, 1949, p. 61).

Para Fliess, o que Ella Sharpe assinala é uma extensão do que Abraham já descrevia na segunda década do século passado, ou seja, que a libido liberada pela palavra é sempre “oral”, enquanto que a erogeneidade em causa é sempre “uretral”. Para algumas pessoas, falar pode ser substitutivo total ou parcial do ato urinário infantil sexual agressivo ou, nas palavras de Abraham, a necessidade de “dar pela boca”. Poderíamos ir mais adiante no argumento de Abraham: para o autor, haveria uma valorização narcísica idêntica àquela produzida no inconsciente e que é atribuída às produções corporais e psíquicas por via das atividades excretórias, necessariamente, urina e fezes. Para Abraham, então, a necessidade de falar significa, ao mesmo tempo, desejar, atacar, matar ou destruir e ao mesmo tempo toda espécie de evacuações corporais, aqui inclusa a fecundação.

Assim, nas palavras de Abraham, diz Robert Fliess, “o tipo particular de excreção que os sujeitos imitam por meio do discurso é urinário, a descarga instintiva é erótico-uretral, e seu fim procriativo só pode ser compreendido sobre a

base de uma persistência das teorias infantis e de uma organização fálica” (Fliess, 1949, p. 62).

Os tipos caracterológicos descritos por Abraham utilizam o aparelho da linguagem para realizar por deslocamentos uma “descarga pulsional regressiva erótico-uretral e tiram de suas palavras a mesma gratificação pulsional que obtinham e ainda obtêm na micção” (Fliess, 1949, p. 62). Todo o aparelho da linguagem, nessa matriz teórica, serve de objeto de descarga pulsional imitando o ato fisiológico de sugar ou excretar, se utilizando da zona erógena da boca, ou dos esfíncteres anal e uretral, condicionando a palavra de acordo com uma produção excretora particular.

Os sujeitos representados por esta matriz de descarga pulsional são descritos em três tipos: erótico-oral, erótico-uretral e erótico-anal. A linguagem, no cerne do discurso, será compreendida a partir de traços caracterológicos nos quais a palavra pode ser objeto de deslocamento de descarga pulsional das mesmas ordens dos tipos descritos acima. Para Fliess (1949) o aparelho da linguagem funcionaria conforme o modelo das atividades erógenas de uma zona particular, tal como os traços de caráter descritos por Abraham. Esse modelo, diz o autor, condicionaria a palavra segundo um modo de produção excretora particular, havendo, portanto, três tipos de linguagens conforme os tipos libidinais: a linguagem erótico-uretral, a linguagem erótico-anal e a linguagem erótico-oral. Para cada uma dessas formas particulares de linguagem, o autor estabelece uma correspondência com um tipo de silêncio específico, posto que, se a palavra é um substituto da atividade esfinteriana, o silêncio equivaleria ao fechamento de um desses esfíncteres, e a dificuldade do analisando em seguir a regra fundamental da análise corresponderia a um medo de deslocamento dessa incontinência, ou, dito de outro modo, quando um paciente para de falar, a retenção das palavras pode corresponder a um tipo de produção excretora (Fliess, 1949, p. 64).

De acordo com o autor, haveria então três tipos de silêncio que corresponderiam a essa forma particular de fechamento esfinteriano: o silêncio erótico-uretral, o silêncio erótico-anal e o silêncio erótico-oral, cada um deles correspondendo ao conjunto de características a seguir: “a maneira pela qual *começa* a pausa no discurso; o grau e o tipo de *oposição* à palavra e à comunicação do pensamento pelo silêncio; o *comportamento* durante o período de

silêncio; o *cessar*, ou seja, a reação do paciente à injunção do analista para que retome a fala” [grifos do autor] (Fliess, 1949, p. 64).

O silêncio erótico-uretral é a forma mais normal de silêncio e a que mais lembra a pontuação durante uma conversação. O parêntese da linguagem funciona conforme o modelo do esfíncter uretral no momento do seu fechamento e o paciente não parece paralisado diante de nenhum conflito, seja ele interno ou externo, no início ou fim de momentos de silêncio. O que se pode observar é que o paciente está construindo o seu pensamento diante da sua fala. Se interrompido o fluxo de suas palavras, o aparelho de linguagem funcionará segundo o esfíncter da uretra sem graves problemas quanto ao seu fechamento ou à sua abertura (Fliess, 1949).

O silêncio erótico-anal, ao contrário do seu correlato anterior, parece emanar de uma inibição. Durante o decurso de uma fala, o silêncio que se faz presente parece perturbar o falante que não consegue prosseguir o fluxo de pensamentos quando convidado pelo analista, apresentando um estado de tensão e conflito. Tal qual a abertura e o fechamento do esfíncter anal, o paciente, quando experimenta momentos prolongados de silêncio, é capaz apenas de entregar uma pequena parte de seus pensamentos, o que torna esse tipo de silêncio mais regressivo do que o silêncio erótico-uretral, havendo ainda a possibilidade de apresentar uma “constipação verbal” quando manifesto.

Por fim, o silêncio erótico-oral é aquele que escapa ao controle da erogeneidade oral e, ao contrário dos anteriores, substitui uma verbalização pelo silêncio propriamente dito. Lembra muito o mutismo e dá a impressão de que o paciente se ausentou física e psiquicamente, dado que esse silêncio se mostra interminável e raramente cessa diante de um pedido do analista. Aqui, apresenta-se uma falta completa de afeto, de motivação, que pode induzir, sustentar ou acompanhar esse período de silêncio. De acordo com Fliess (1949), em situações de silêncio erótico-oral o paciente libera energias ativas e passivas, explorando a situação analítica em termos de uma transferência que exige a incorporação do sujeito e do objeto; portanto, o analista deixa de existir como objeto do mundo exterior, perdendo sua capacidade sugestiva. Neste tipo de silêncio, o aparelho de linguagem funciona a partir do controle do afeto regressivo de um ego infantil e precoce.

Para Fliess (1949), as diferentes formas de silêncio erótico parcial que se opõem à verbalização não passam de uma luta pelo controle da descarga pulsional engajada pelo ego infantil. Ao transformar os derivados do pensamento inconsciente recalcado em representações de palavras sonorizadas, a verbalização necessita de uma abertura do corpo que delimita uma zona erógena, permitindo uma regressão a essa zona. Sem o recurso à regra fundamental da psicanálise essa descarga não seria possível. Logo, para diferentes tipos de personalidades ou traços de caráter, apresentar-se-ia um tipo de sintoma diferente, e para cada um deles o analista deveria ser cuidadoso ao abordar o silêncio manifesto no *setting*, pois, para cada caso, haveria uma forma diferencial no manejo da técnica.

Em termos econômicos e dinâmicos, a verbalização é o motor de diferentes modos de pensar que necessita de uma certa quantidade de energia para ser ab-reagida. De um ponto de vista topográfico, a verbalização é uma resposta de motilidade (discurso) a uma percepção (pensamento), ou seja, uma função do ego e um instrumento de apropriação do conteúdo inconsciente do ego. Portanto, a liberação do afeto regressivo pela utilização erógena do aparelho de linguagem na verbalização só poderia provocar transformações na constituição do prazer fisiológico do ego corporal.

Se em sua metapsicologia o silêncio pode ser compreendido a partir de pontos específicos de formações libidinais, na prática, o manejo não seria tão diferente daquele com o qual os analistas clássicos estavam acostumados a lidar. Nesse sentido, não há acolhimento, nem uma escuta profunda. O que há é a constituição de uma dinâmica que, muito embora traga uma grande contribuição teórica para a metapsicologia do silêncio, na prática, não ressalta o valor positivo do silêncio no *setting*.

Sem essa escuta mais profunda do sujeito em análise, não haveria encontro com o outro sofredor, e sem o encontro com o outro sofredor “tudo quanto podemos é esperar que o paciente encontre por si mesmo a coragem de tornar possível o impossível. O resto é silêncio” (Reik, 1926, p. 18).

Winnicott e a matriz do inconsciente não verbal

"Um belo rosto é talvez o único lugar onde há verdadeiramente silêncio. (...) Mas o silêncio - que advém aqui - não é uma simples suspensão do discurso, mas silêncio da própria palavra, a palavra tornar-se visível: a ideia da linguagem. Assim, o silêncio do rosto é a verdadeira morada do homem".

Giorgio Agamben, Ideia da prosa

Desde que Freud ressaltou os poderes terapêuticos da palavra, a psicanálise ficou conhecida como um método de investigação da alma humana e reconhecida como uma *talking cure* por todos que a receberam de herança. Foi preciso que os herdeiros teóricos de Freud pudessem avançar em muitas de suas teorias, provocando verdadeiros abalos sísmicos no escopo da metapsicologia. Com a criação da Sociedade Britânica de Psicanálise (SBP) por Ernest Jones em 1919, novos herdeiros de Freud passaram a fazer parte deste cenário trazendo “a peste” para a Inglaterra, mais precisamente para Londres.

Assim que Donald W. Winnicott surgiu na tradição da Escola Inglesa de Psicanálise, em 1927, como um dos primeiros candidatos à formação no Instituto Britânico de Psicanálise da SBP, ele se notabilizou pelas suas construções teóricas e sua releitura de algumas teses freudianas, trazendo inovações tanto no campo teórico como no campo clínico, fazendo com que muitos analistas contemporâneos reconhecessem nele uma certa filiação à tradição ferencziana (Dias, 2011; Rache, 2005; Borgogno, 2004; Figueiredo, 2002) ou a teóricos da fenomenologia (Graña, 2002; 2007b; Gondar, 2006; Bezerra Jr., 2007)¹¹.

Na verdade, Winnicott trouxe para o cerne da teoria psicanalítica aspectos fenomenológicos até então impensáveis para compreender o desenvolvimento humano a partir da relação materno-infantil, da ideia de paradoxo, do conceito de *self*, da transicionalidade e principalmente das relações de objetos. A esse conjunto de conceitos teóricos, somaram-se os de outros

¹¹ Na atualidade, alguns autores vem propondo algumas articulações teóricas entre Winnicott com a psicanálise de origem francesa, particularmente a partir das contribuições de Jacques Lacan. Para um compreensão das interconexões entre Winnicott e Lacan, remeto o leitor a Graña (2011a, 2007a), Kirshner (2011) e Klautau (2007, 2002).

autores que participaram da formação da SBP a partir da década de 30, aí inclusas as tradições teóricas de Melanie Klein e Anna Freud, fazendo com que a Escola Inglesa fosse notabilizada pela teoria das relações objetais (Ogden, 1992). Winnicott, como sabemos, não pertenceu a nenhuma dessas duas tradições teóricas, pelo contrário, insurgiu com um grupo à parte, conhecido como Grupo Independente ou Grupo do Meio (*Middle Group*), não tomando partido nas famosas “controvérsias” dentro da SBP (Rodman, 2003; Phillips, 2006).

Winnicott trouxe, com a sua dialética teórica, contribuições não só para a compreensão da relação mãe-bebê, como também para a relação analista-paciente, muitas dessas, sob forma de paradoxos insolúveis, malgrado tenha sofrido influências teóricas de Melanie Klein no início dos seus primeiros trabalhos clínicos (Ogden, 2013a; 2013b; Abram, 2013b; 2012).

Se há algum conceito que pode ser colocado no núcleo da revisão psicanalítica proposta por Winnicott, ele certamente diz respeito ao paradoxo essencial no início da vida humana e centrado eminentemente na provisão do cuidado ambiental, tão necessário ao desenvolvimento de todo indivíduo a partir do nascimento, o qual ele denominou de processo maturacional ou emocional. Mas, conforme veremos a seguir, esse paradoxo não começa com o nascimento, e sim, com as primeiras relações, as mais primitivas que toda mãe e todo o bebê vão estabelecer, ainda no ventre materno.

As primeiras relações materno-infantis, vão se constituir desde o nascimento do bebê até os primeiros anos de vida. É uma relação na qual o par mãe-bebê se comunicará pela relação recíproca que foi desenvolvida desde a concepção, passando pelo seu desenvolvimento em útero, até o instante do nascimento. A partir daí, uma relação de confiança e mutualidade vai se estabelecendo, caso tudo corra bem. O bebê reconhecerá a voz da mãe e o calor do seu corpo, assim como já vivenciava tudo o que se passava na interioridade do corpo materno. A mãe, por sua vez, desenvolverá uma relação simbiótica com seu bebê e estabelecerá, com ele, uma comunicação pautada em experiências não verbais, oferecendo-se como o primeiro ambiente do qual o bebê precisa para se desenvolver emocionalmente. É esta relação que constituirá o psiquismo do bebê, seu mundo interno, seu interior e seu *self*.

4.1

Do feto ao bebê: as primeiras relações materno-infantis

Com o advento da psicanálise no início do século passado, as primeiras especulações sobre a relação mãe-bebê começaram a ser pontuadas por Freud e seus herdeiros teóricos. As especulações giravam em torno das vivências pelas quais todos nós passamos durante o nascimento e se essas vivências interfeririam na nossa vida subjetiva tornando-se preponderantes. Otto Rank (1924), por exemplo, afirmava que o nascimento gera um trauma a partir do estado de separação materno-infantil, qual seja, o “trauma do nascimento”, e que este seria mais importante que o próprio Complexo Edípico, posto que a ruptura ou experiência de separação da mãe se constitui como uma angústia que define grande parte da nossa subjetividade. Mover-se em direção a autonomia e superar o desamparo original ocasionado pelo nascimento rumo à maturidade, ou seja, superar a ruptura abrupta própria ao desligamento do corpo da mãe, seria, na acepção de Rank, um esforço que sobrecarregava o aparelho psíquico, constituindo-se no preço a pagar pelo nosso desejo de alteridade.

Ora, Freud (1926) criticou a maior parte das teorias de Rank afirmando que o bebê durante o processo de nascimento jamais poderia experimentar subjetivamente a angústia de separação da mãe pelo simples fato de que ele viveria nesse momento uma experiência totalmente narcísica, inconsciente de sua existência como um objeto. Portanto, não poderia experimentar nem a separação do corpo materno nem a angústia causada por essa separação, apesar de se encontrar ligado biologicamente à mãe durante todo o processo de gravidez.

Winnicott, por seu turno, também questionou essa afirmação em um texto lapidar denominado “Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade” (Winnicott, 1949a). Para ele tampouco faz sentido pensar em angústia a partir do nascimento posto que não há nesta época nem um inconsciente nem um recalcado para que se pudesse pensar na experiência de angústia. O que estava em questão do ponto de vista psicanalítico era a ênfase dada por Freud ao “narcisismo” do feto, muito embora lhe faltassem dados e métodos científicos seguros com os quais pudesse corroborar sua afirmação, dando-nos a entender que haveria uma relação bastante primitiva entre a mãe e o feto, o que traria consequências psíquicas ao longo de toda a vida do sujeito, caso o nascimento

fosse traumático. Além disso, a clínica psicanalítica, desde os primórdios, ventilou inúmeras hipóteses teóricas sobre a vida subjetiva a partir das experiências de nascimento rememoradas por alguns pacientes adultos. Os pacientes, em sua maioria, faziam referências às mais variadas experiências retidas na memória como traços mnêmicos, tal como já havia enfatizado Freud.

Como sabemos, traços mnêmicos ou mnésicos é uma expressão empregada por Freud (1950[1895]; 1893-1895; 1900), para designar algumas experiências pelas quais passamos e que ficam inscritas na memória como um traço, uma marca, porém, sem registro consciente. Esses registros só são ativados se forem investidos psiquicamente em algum momento da nossa vida (Laplanche e Pontalis, 1986).

Winnicott acreditava que, para compreendermos o desenvolvimento humano, seria necessário partirmos de uma observação do bebê desde o período mais primitivo, leia-se, muito antes da experiência do nascimento (em oposição ao “trauma do nascimento”), para então analisarmos a relação do bebê com sua mãe a partir de então. A maior parte de suas contribuições à teoria psicanalítica adveio da sua capacidade de observação e compreensão do “animal humano” em sua relação com o ambiente materno (Winnicott, 1990a, p. 25). Além disso, o autor não descartava a hipótese de que tudo o que era vivido no útero, tinha vital importância para o que se seguiria após o nascimento¹². Mas enfatizava que o recém-nascido não tem maturidade para sentir-se ligado à mãe, pois tudo o que ele pode vir a sentir é “segurança” e “continuidade” ou “insegurança” e “descontinuidade” (Winnicott, 1949a, p. 324).

Winnicott ressalta ainda a importância das memórias primitivas de todo ser humano, bem como o desenvolvimento biológico saudável do cérebro ou do sistema nervoso central. Com o desenvolvimento do cérebro enquanto órgão em funcionamento, começa o armazenamento de memórias corporais vividas ainda em útero, memórias estas que são reunidas para formar um ser humano, cujos movimentos do corpo e momentos de quietude na vida intrauterina não só são significativos como são vividos **de um modo silencioso** (Winnicott, 1990a).

¹² Em sua experiência clínica, Winnicott enfatizou a preocupação em saber como a mãe e o bebê experienciavam o parto, afirmando que “o analista deve estar preparado para esperar o surgimento de qualquer tipo de material, incluindo *material ligado ao nascimento*” [itálicos do autor] (Winnicott, 1949a) durante o curso de uma análise.

De acordo com o autor, muitos pesquisadores, uma vez tendo encontrado evidências das memórias corporais pertencentes ao processo de nascimento, não acreditam que àquela época existisse um indivíduo capaz de armazenar experiências primitivas. Eles postulam, ao contrário, um “inconsciente da espécie”, ou seja, um tipo de memória herdada através de inúmeros nascimentos anteriores e passada através dos seus ancestrais, bem próximo do inconsciente coletivo junguiano. No entanto, diz Winnicott, o que não podemos negar é o que a clínica com pacientes regredidos ou a observação de bebês desde o útero até o momento posterior ao nascimento fez acrescentar à teoria psicanalítica e à teoria do inconsciente: os “importantíssimos e interessantíssimos fenômenos do desenvolvimento do indivíduo, e das memórias da experiência pessoal” (Winnicott, 1990a, p. 170). Ora, prossegue o autor, o próprio Freud acreditava que cada pessoa retinha memórias corporais durante o seu processo de nascimento, ao menos quando ele observou que “o padrão de ansiedade pode ser determinado (de qualquer forma parcialmente) pelas experiências de nascimento do indivíduo” (Winnicott, 1990a, p. 170-171).

O trauma do nascimento só faz sentido caso haja algum problema no curso da gravidez que faça com que o bebê seja ou prematuro ou pós-maturo. O traumático aqui é sempre pensado em termos de processo maturacional desde o útero, não excluindo nem a capacidade da mãe sustentar o bebê em seu ventre e até o momento final da gestação, nem esquecendo possíveis invasões do ambiente externo que venham provocar antecipação ou adiamento do nascimento. O trauma, então, é experienciado como uma invasão, tal qual o exemplo dado por um dos seus pacientes:

No início, o indivíduo é como uma bolha. Se a pressão vinda de fora se adapta ativamente à pressão interior, então a bolha é a coisa mais importante, isto é, o *self* do bebê. Se, no entanto, a pressão ambiental é maior ou menor do que a pressão dentro da bolha, então não é a bolha que é importante mas o meio ambiente” (Winnicott, 1949a, p. 325).

Para compreendermos as origens do indivíduo, Winnicott ressalta que devemos primeiro investigar quando os bebês foram concebidos mentalmente para que depois possamos investigar quando eles foram concebidos biológica ou fisicamente. Ou seja, antes que um bebê exista, é necessário que ele tenha sido desejado ou, no mínimo, criado na fantasia interna de um dos pais. Em seguida, é necessário que passemos a verificar como e quando esse bebê foi concebido como

um “ato físico” entre o casal, mesmo que ele seja fruto de um “pequeno acidente” entre os pais. O momento seguinte é o da provisão do ambiente corporal materno e o desenvolvimento do próprio feto no tocante à qualidade e vitalidade dos órgãos, com uma certa ênfase na saúde do cérebro como órgão capaz de registrar experiências e acumular dados saudáveis da provisão ambiental para, a partir daí, encontrarmos os sinais de vida e a viabilidade de o bebê nascer no tempo e na hora certa: nem prematuro, nem pós-maduro. Com o desenvolvimento do cérebro enquanto órgão em funcionamento, inicia-se “a estocagem de experiências; as memórias corporais, que são pessoais, começam a juntar-se para formar um novo ser humano. Existem boas evidências de que *os movimentos do corpo na vida intrauterina são significativos, e é plausível que, de modo silencioso, a quietude vivenciada naquele período também o seja*” [itálicos nossos] (Winnicott, 1990a, p. 38-39). Por fim, advém o nascimento, que é o momento em que a mãe e o bebê vão viver juntos sua primeira experiência a dois como uma só unidade (Winnicott, 1966c)¹³.

A partir de então, o pediatra e psicanalista britânico estabelece três condições para o nascimento normal do bebê: primeiro ele é responsável pela interrupção da “continuidade do ser” em útero, pela simples intrusão relativa à mudança de pressão provocada pelo processo de maturação, de modo a construir pontes sobre os abismos da “continuidade do ser” e reagindo às invasões do ambiente externo ao útero (como por exemplo, o peso da gravidade, a luminosidade, a necessidade de respiração, etc.). Segundo, o bebê já possui fenômenos do próprio *self* (ainda que rudimentares, mas marcados eminentemente na corporeidade), constituído a partir de memórias, sensações e impulsos, e que pertencem a “períodos do ser” ao invés de momentos de reação às invasões do ambiente externo (aqui, referimo-nos a todo o conjunto de vivências da vida pré-natal com relação à interioridade do corpo materno). Por fim, a própria mecânica do parto não pode ser nem precipitada nem excessivamente prolongada, inclusive se for realizado cirurgicamente (Winnicott, 1990a).

Do ponto de vista do bebê, a mudança do estado intrauterino para o estado de recém-nascido só pode ser provocada pelo processo maturacional e

¹³ Em outro momento, ao se referir sobre a participação do cérebro no processo maturacional, Winnicott afirma que este funciona em silêncio e não reivindica reconhecimento (Winnicott, 1990a, p. 71).

biológico, os quais preparam o bebê para que as mudanças sejam efetuadas na sua vida. Esse processo é afetado, caso haja algum adiamento ou antecipação do nascimento (Winnicott, 1990a). Se o nascimento for experienciado como traumático, o bebê e, conseqüentemente, a mãe, terão problemas tanto no curso do desenvolvimento quanto na relação materno-infantil, ameaçando a “continuidade da existência” de ambos.

Tipicamente, a situação de nascimento propicia uma perturbação da continuidade devido a reações a invasões e a atividade mental que estou descrevendo no momento diz respeito à memorização exata que ocorre durante o processo de nascimento. Em meu trabalho psicanalítico, às vezes encontro regressões completamente controladas e que, ainda assim, voltam até a vida pré-natal. Pacientes regredidos de forma ordenada passam pelo processo de nascimento repetidas vezes e causou-me admiração a prova convincente que tive de que, durante o processo de nascimento, um bebê não apenas memoriza cada reação perturbadora da continuidade da existência, mas também parece memorizá-las na ordem correta em que ocorrem (...). O tipo de funcionamento mental que estou descrevendo, que poderia ser chamado memorização ou catalogação, pode ser extremamente ativo e preciso na época do nascimento de um bebê (Winnicott, 1949b, p. 415-416).

É importante apontar para a dimensão biológica e vitalista dos argumentos do autor: o relacionamento mãe-bebê só será satisfatório, após o nascimento, caso a mãe tenha condições favoráveis durante a gestação e uma capacidade biológica inata para gerar e sustentar um bebê vivo e íntegro, correspondendo assim à sua capacidade psicológica de lidar com esse bebê após o nascimento¹⁴.

De acordo com essa asserção, a clínica psicanalítica vem mostrando continuamente que do ponto de vista do bebê, nada lhe passa despercebido e cada pormenor do parto fica registrado em sua mente a partir do que Freud denominou de traços mnêmicos ou Winnicott chamou de memória corporal. Muitas dessas evidências foram comprovadas a partir das lembranças vividas por pacientes ainda em útero quando estes ainda eram bebês: virar-se, cair, sensações que dizem

¹⁴ Na sua grande maioria, nenhuma mãe é capaz de produzir na fantasia interna, uma criança viva e total, pois até a data do nascimento, sua compreensão é a de que ela pode se constituir como um ser semicompleto, semissadio, semi-humano ou semivivo, ou ainda, nas palavras do autor: “Pode cair em pedaços se não for mantido junto pelas roupas ou pelas faixas. Sua barriga pode estar cheia de vento, ao invés de vísceras, ou pode não haver nada dentro dele, exceto mijo e merda. Ou ele pode ter uma das deformidades bem-conhecidas, cabeça d’água, palato fendido, pé torto, ou os chamados estigmas da degenerescência. Pode ser um monstro. De qualquer modo, não é ele, nem ela, mas sim uma *coisa*” [itálicos do autor] (Winnicott, 1960d, p. 127). Essa expectativa tem mudado de acordo com o acesso às tecnologia de imagem corporal no mundo de hoje. Certamente, Winnicott não dispunha de tal recurso para examinar os bebês ainda em útero e correlacionar com o desenvolvimento maturacional, conforme veremos adiante.

respeito à passagem do meio líquido para o território seco, mudanças de temperatura, suprimento de oxigênio e do alimento através do cordão umbilical, capacidade de se alimentar ao seio ou pelo próprio esforço de obter alimento, respiração, propriocepção corporal, etc. (Winnicott, 1957c, p. 64). Todas essas e outras experiências são relatadas cotidianamente por inúmeros pacientes ao longo de uma análise, trazendo para o discurso do paciente representações as quais não podiam ser compreendidas à época em que foram vividas.

Portanto, falar em trauma do nascimento, desse ponto de vista, não faz sentido. O nascimento não é intrusivo, invasivo e muito menos traumático, nem para a mãe, nem para o bebê. Para este, apenas há uma mudança de um estado para outro que forçosamente provocará uma adaptação a um novo meio ambiente em que passará a viver, de acordo com o seu processo de desenvolvimento. Assim, o que ele experimenta, é menos um trauma e mais um “primeiro despertar”, pois em algum momento próximo ao seu nascimento esse “despertar” ocorre e “o bebê sente-se pronto e alerta para o grande mergulho” (Winnicott, 1968f, p. 81). Dito em outras palavras, do ponto de vista do bebê, foi ele quem “possibilitou a ocorrência do nascimento porque estava preparado para este evento” (Winnicott, 1964d, p. 39-40). Seja por seus próprios esforços, seja por uma necessidade de respirar ou qualquer outro motivo, o nascimento é algo realizado pelo bebê. Em seu livro póstumo *Natureza Humana*, Winnicott afirma que esse despertar é responsável pela diferença perceptível entre um bebê nascido prematuramente e um bebê nascido depois do tempo: “O primeiro ainda não está pronto para a vida, e o segundo está sujeito a nascer num estado de frustração por ter sido mantido à espera depois de estar pronto” (Winnicott, 1990a, p. 39).

Notemos, então, a sutileza do argumento de Winnicott. Para Freud, as experiências pelas quais passamos no início da nossa vida ficam registradas através de traços mnêmicos, ou seja, marcadas na memória por meio do sistema Percepção-Consciência, e só podem ser acessadas se houver algum investimento psíquico dessas lembranças na vida adulta. Para o pediatra e psicanalista inglês, o bebê retém **memórias corporais**, ou seja, memórias que são eminentemente marcadas na superfície do corpo, mas que precisam de um desenvolvimento biológico sadio do cérebro para que se façam presentes, na vida adulta, assim como precipitam sua lembrança a partir de alguma experiência vivida quando adulto. Winnicott afirma que a experiência clínica psicanalítica, sobretudo com

sujeitos regredidos, forneceu a maior parte das evidências de que ele necessitava para ter certeza de que essas memórias pertencem a um momento anterior ao nascimento, pois nada daquilo que um ser humano vivencia, mesmo em útero, é desperdiçado (Winnicott, 1990a) ¹⁵.

As mães, por outro lado, não são indiferentes a essas experiências. Desde o terceiro ou quarto mês de gravidez, quando a motilidade fetal já é perceptível a partir da apalpação direta da parede abdominal ou através de exames de ultrassonografia, elas até mesmo esperam que muitos dos movimentos que o feto passará a fazer no útero seja um reflexo de uma **comunicação pré-verbal** a ser desenvolvida no período pós-natal e uma resposta a tudo o que ela sente ou vivencia por meio de experiências físicas e emocionais durante a gestação (Piontelli, 1995; Negri, 1997).

Os movimentos do feto são percebidos esporadicamente em ciclos de atividade e repouso e não correspondem exatamente aos mesmos ciclos de atividades da mãe. Do sétimo ao nono mês, essa motilidade vai se constituir como um verdadeiro comportamento do feto e de tudo o que virá após o nascimento (Negri, 1997). Muito dos movimentos desenvolvidos pelo feto são sinal de saúde, enquanto seu desaparecimento ou diminuição é considerado como um sinal de alerta para o sofrimento fetal (Piontelli, 1995).

Tudo o que se passa no corpo da mãe durante este período, como sabemos, também é percebido e experienciado pelo bebê através da ligação entre dois corpos vivos. Não nos referimos apenas à fisicalidade dos corpos unidos pelo cordão umbilical, mas também à experiência de um corpo vivo sustentando um outro corpo vivo unidos pela placenta, pelo alojamento no útero em desenvolvimento através de um meio líquido e produzido pelo corpo materno, pelo compartilhamento de um processo maturacional que se evidencia por tecidos, órgãos, sangue, vasos sanguíneos, células, nervos, músculos, ossos, etc., ou seja, a

¹⁵ Com relação às memórias corporais ou traços mnêmicos de pacientes regredidos e não regredidos, prossegue, “o observador direto de crianças deve estar preparado para fazer concessões ao analista quando este formula ideias sobre a mais tenra infância, ideias que podem ser psicologicamente verdadeiras e, ainda assim, impossíveis de serem demonstradas; na verdade, pode ser possível às vezes, pela observação direta, provar que o que foi verificado na análise não poderia de fato existir na época indicada devido às limitações impostas pela imaturidade. O que se verifica repetidamente em análise não fica anulado por ser provado ser errado pela observação direta. A observação direta só prova que os pacientes estavam datando certos fenômenos mais cedo e, assim, dando ao analista a impressão de que as coisas estavam acontecendo em uma época em que não poderiam ter acontecido” (Winnicott, 1957a, p. 104).

experiência insofismável de um ser humano desenvolvido e carregado pela visceralidade de um outro corpo que o sustenta, o apoia e o nutre. Por este motivo, antes mesmo do nascimento, já existe um ser humano capaz de reter experiências, acumular memórias corporais e até mesmo organizar defesas contra possíveis traumas.

Por outro lado, muitas das características do bebê também já são conhecidas pela mãe a partir dos movimentos desenvolvidos em seu ventre. Ou seja, no momento do seu nascimento, já houve uma grande soma de experiências, tanto agradáveis quanto desagradáveis, partilhadas por ambos. Até lá o futuro bebê compartilhou o gosto das refeições da mãe, seu sangue já fluíu com maior rapidez quando comeu ou bebeu um café, um chocolate quente ou um chá ou até mesmo quando a mãe teve de acelerar os passos para executar alguma tarefa ou manter uma relação sexual. Sentimentos e sensações tais como ansiedade, tristeza, agitação, raiva, entre outras, também serão passadas para o bebê pelos laços que os unem. Se a mãe é bastante agitada, ele provavelmente se acostumará com os seus movimentos tanto no útero como fora dele e tem boas chances de ser um bebê agitado. Se a mãe é mais tranquila, o futuro bebê conhecerá a paz e poderá esperar por um colo tranquilo e aconchegante. Até esse momento, é bem possível que o bebê conheça melhor a mãe do que ela a ele e, por consequência, até poder vê-lo, colocá-lo nos braços e acolhê-lo em seu peito, muita troca de experiências já ocorreu entre a dupla (Winnicott, 1965b, p. 21).

Nesse sentido o papel da mãe é o de prover, ao longo do tempo, um ambiente no qual o bebê precisa se desenvolver e encarar a tarefa de separação física. No entanto, levará alguns dias até que a mãe e o bebê possam gozar de uma experiência mútua em um meio ambiente comum. Dado a experiência de nascimento ser tão significativa para ambos, é necessário distinguir aquilo que pertence à mãe daquilo que começa a ser desenvolvido no bebê desde muito cedo.

Para Winnicott, há dois tipos de identificação a serem pontuadas nesta relação: “a identificação da mãe com seu filho e o estado de identificação do filho com a mãe. A mãe introduz na situação uma capacidade amadurecida, ao passo que a criança se encontra nesse estado porque é assim que as coisas começam” (Winnicott, 1965b, p. 21). O bebê ainda em útero é associado pela mãe sempre a um “objeto interno”, ou seja, um objeto imaginado para ser instalado dentro do seu corpo e ali mantido, apesar de o ambiente externo ser ameaçador para um

bebê em desenvolvimento (em nossos dias, com a tecnologia médica, bebês prematuros precisam da ajuda de aparelhos de respiração e alimentação para chegarem à maturidade biológica). Algumas vezes, esse objeto interno pode se constituir como um ser estranho dentro do corpo materno e assumir a forma de um parasita ou um ser invasor, mas, em sua maioria, ela vai considerá-lo como sendo parte do seu próprio corpo (principalmente se conseguir entrar em um estado de maternagem anterior ao nascimento do futuro bebê), e não um corpo invasor ou um corpo dentro do outro¹⁶.

A identificação aqui se refere ao “começo da criança” enquanto “ser”, como um recém-chegado ao mundo, de modo a experienciar a “continuidade da existência”. Isso não significa que ela se identifique com a mãe, posto que não há nenhum conhecimento consciente dela ou de qualquer outro objeto externo ao *self*, já que este encontra-se em formação e não está lá para ser usado pelo bebê na sua experiência subjetiva. O *self* surge apenas como um potencial a ser desenvolvido, pois se encontra completamente fundido tanto ao *self* quanto ao ego da mãe. O que existe é apenas um acúmulo de experiências que o constituirá por meio das memórias e expectativas oriundas dessas experiências iniciais compartilhadas pela dupla mãe-bebê, tal como afirma Winnicott: “O *self* de cada criança ainda não se formou, e logo não pode ser visto como estando fundido, *mas as memórias e expectativas podem agora começar a acumular-se e formar-se*. Devemos lembrar que estas coisas só ocorrem quando o ego da criança é forte, por ser reforçado” [itálicos nossos] (Winnicott, 1960k, p. 25).

A mãe e o bebê, durante muito tempo, vão se sentir participantes de um só corpo, embora ele seja apenas um “hóspede” esperando pela “hora da partida”. Surge, nesse instante, uma série de fantasias narcísicas tanto por parte da

¹⁶ Em seu trabalho, Chazan (2005) acompanhou e analisou uma série de exames de ultrassonografia realizados por obstetras em mulheres grávidas. Para que as imagens fossem decodificadas, era necessário que o médico informasse à futura mãe onde se localizava cada parte do corpo do bebê mostrado a partir dos “borrões em preto e branco” nas imagens produzidas pelo aparelho – cabeça, braços, pernas, sexo, etc. A autora relata o caso do filho de uma das pacientes em exame, afirmando não conseguir distinguir a imagem de um bebê na tela do computador, e sim, uma criatura alienígena parasitária, tal como nos filmes de ficção científica. Atualmente, os exames de ultrassonografia têm chegado a um maior refinamento na qualidade das imagens. Antes, as imagens eram produzidas em preto e branco e de pouca visualização para um sujeito sem treino. Hoje já é possível acompanharmos um exame com tecnologia 3D e colorido, e, em alguns centros mais especializados, há ainda a possibilidade de tecnologia 4D que produz, em uma impressora especializada, um “boneco” em tamanho e forma natural da imagem do feto apresentada no vídeo durante o exame.

mãe quanto por parte do pai ou de seus familiares. O bebê, por outro lado, tem outros significados na fantasia inconsciente da mãe, diz Winnicott, mas é possível que “o traço predominante nesta seja uma vontade e uma capacidade de desviar o interesse do seu próprio *self* para o bebê” (Winnicott, 1965b, p. 21)¹⁷.

É digno de nota, também, que a referência ao trauma do nascimento relaciona-se à mudança de estado pela qual o bebê passa, qual seja, a mudança de um estado de não respiração para o estado de respiração. É justamente a aptidão biológica do bebê em seu processo maturacional que o faz reagir às mudanças do ambiente, ora se adaptando à força da gravidade em um meio seco, ora se adaptando para respirar no momento do nascimento. De acordo com o autor, “não afirmo que o ato de começar a respirar seja essencialmente traumático. O nascimento normal é não traumático, devido a sua falta de importância. Na época do nascimento, um bebê não está preparado para uma invasão ambiental prolongada” (Winnicott, 1949a, p. 325).

No nascimento dito normal, não há nem antecipação nem adiamento desse processo, mesmo que o nascimento ocorra por meio de uma cesariana – muito embora este tipo de entrada no mundo traga uma privação da experiência de nascimento comum, ou seja, o nascimento por parto normal (Winnicott, 1990a). O que importa é que o sentido de continuidade da existência que já está presente desde o útero seja preservado tanto pelas condições ambientais do corpo da mãe quanto pelas condições ambientais do corpo do bebê. O que será experimentado como uma invasão externa exigirá do bebê uma adaptação às novas condições, “enquanto na época em que deve nascer o bebê exige uma adaptação ativa do meio ambiente” (Winnicott, 1949a, p. 326).

As invasões do meio externo, para Winnicott, estão na etiologia das agonias impensáveis. Para Winnicott, durante todo o processo de gestação e durante o tempo que marca o momento do nascimento, o “indivíduo está, na verdade, tentando encontrar um novo nascimento, no qual a linha de sua própria vida não seja perturbada por um reagir em maior escala do que aquele que pode ser experimentado sem uma perda do sentido de continuidade da existência pessoal” (Winnicott, 1949a, p. 332-333). No entanto, afirma, a sua compreensão

¹⁷ Winnicott se refere aqui certamente à atitude da mãe para com o bebê em um estado denominado “preocupação materna primária” (Winnicott, 1956c). De acordo com o autor, só a mãe pode saber como um bebê está se sentindo, ninguém mais (Winnicott, 1960k, p. 21).

sobre o trauma do nascimento refere-se apenas ao “continuar-a-ser” do bebê, e, quando esta interrupção é significativa, “os pormenores do modo como as invasões são sentidas, assim como a reação do bebê a elas, tornam-se, por sua vez, importantes fatores adversos ao desenvolvimento do ego” (Winnicott, 1949a, p. 333).

Mas se o processo de nascimento produz essa mudança de estado, o trabalho clínico tem mostrado como o bebê também se torna consciente da respiração da mãe, percebendo seus movimentos abdominais ou as mudanças rítmicas de pressão e ruído. Ora, não esqueçamos que o bebê, dentro do útero, está totalmente em contato com o interior do corpo da mãe, um mundo cheio de sons, ruídos e sensações potencializados pelos batimentos cardíacos, respiração, digestão, circulação sanguínea, etc. Os sons que atravessam a barreira da barriga da mãe também não lhes são indiferentes e é bem possível que ele consiga distinguir as vozes da mãe e do pai, sobretudo se a audição já estiver desenvolvida. Essas experiências favorecem a constituição da relação mãe-bebê no que se refere à temporalidade, que é, em síntese, **primitiva, pré-cronológica e intersubjetiva**, favorecendo o início de uma **comunicação não verbal**.

O sentido de “intersubjetividade” aqui adotado refere-se à dialética de “estar-em-um estar separado” na relação mãe-bebê, possibilitado pelo estado de preocupação materna primária, tal como a compreende Thomas Ogden (1996). Ou seja, a preocupação materna primária envolve uma identificação materna com o bebê na qual a mãe se coloca no lugar dele respondendo às suas necessidades, emprestando-lhe o seu ego e, portanto, a sua própria subjetividade àquela outra subjetividade ainda em formação. Ela vivencia as necessidades dele com se fossem suas, ao mesmo tempo em que mantém sua própria subjetividade, servindo como intérprete para o seu bebê. Assim, diz Ogden (1996, p. 46), a intersubjetividade que subjaz à preocupação materna primária implica uma forma precoce da dialética unicidade (*oneness*) / dualidade (*twoness*), na qual a mãe é uma presença invisível, porém sentida pelo bebê, constituindo sua continuidade do ser (*going on being*). É desse modo que entendemos que a intersubjetividade faz parte da dialética winnicottiana, quando este captura o sentido da experiência paradoxal de “estar-em-um / estar separado” na dinâmica mãe-bebê, produzindo, assim, um sentido de euidade (*Iness*). Este sentido também é enfatizado por Coelho Júnior e Figueiredo (2012), Coelho Júnior e Barone (2007) e Coelho

Júnior (2008, 2012) no plano dos objetos internos. Nele, a presença dos objetos – “objetos não eu”, sujeitos humanos ou partes deles - não precisa se dar efetivamente na realidade externa para que tenham efeito e produzam consequências em termos psíquicos. Ela se dá numa relação de pura simbiose materna com o bebê, evidenciada pela comunicação entre os corpos de um e de outro e pelas trocas de emoções e afetos. Essa concepção também se encontra presente nos trabalhos de Melanie Klein, Fairbairn e Bion. Ainda que Winnicott não tenha utilizado o termo “intersubjetividade”, acreditamos que muito do seu pensamento se coaduna com a dimensão pontuada pelos autores acima. E isto no que se refere a aspectos fundamentais da relação materno-infantil tais como a simbiose materna, a comunicação silenciosa entre mãe e bebê, a relação especular e de mutualidade, a capacidade de estar só, o relacionamento com os objetos e fenômenos transicionais, o uso do objeto, o amor cruel (*ruthlessness*), bem como a dimensão das necessidades corporais, enfatizada por Winnicott na primeira fase do desenvolvimento maturacional, e que serão discutidas ao longo deste capítulo¹⁸.

A comunicação não verbal pode ser percebida desde os primeiros instantes de vida do bebê. Após o nascimento, não é incomum que ele tenha necessidade de reatar o contato com as funções fisiológicas da mãe, particularmente a sua respiração.

Por essa razão, acredito ser provável que certos bebês precisam do contato pele a pele com a mãe, e especialmente da sensação de serem movimentados pelo sobe e desce de sua barriga. É possível que para o bebê recém-nascido a respiração significativa seja a da mãe, enquanto a sua própria respiração acelerada não tem sentido algum, até que esta comece a se aproximar da frequência do ritmo respiratório da mãe. Com certeza muitos bebês, sem saberem o que estão fazendo, brincam com ritmos e contra ritmos, e uma observação cuidadosa pode mostrar que às vezes o bebê está tentando acertar seu ritmo respiratório com a frequência cardíaca (por exemplo respirando uma vez a cada 4 batimentos cardíacos). Algum tempo depois é possível encontrá-lo lidando com a diferença entre o seu ritmo respiratório e o de sua mãe, procurando talvez criar situações de relacionamento baseadas primeiramente numa respiração de frequência dupla ou tripla (Winnicott, 1990a, p. 168)¹⁹.

¹⁸ Para uma discussão sobre o tema da subjetividade e intersubjetividade, remeto o leitor aos trabalhos de Coelho Júnior, Salém e Klautau (2012), Toledo (2009), Lejarraga (2012), Peixoto Júnior e Arán (2011), Socha (2008), Roussillon (2011) e Rabain (2004).

¹⁹ As doenças psicossomáticas constituem uma parte importante da teorização de Winnicott. Em outro momento, por exemplo, ele chega mesmo a correlacionar a natureza da asma com a necessidade de a mãe e o bebê compartilharem uma respiração em conjunto, afirmando que “A

O primeiro contato após o nascimento é de extrema importância para a mãe e para o bebê. O que hoje profissionais da saúde, tais como obstetras, pediatras, enfermeiros ou até mesmo parteiras já admitem como prática, Winnicott não se cansou de chamar a atenção: por um lado, o quão valioso é para a mãe ver e sentir o seu bebê contra o seu corpo imediatamente após o nascimento, e por outro, o quão necessário é para o bebê entrar em contato com o corpo materno, visto a sensibilidade da sua pele estar muito aguçada. O bebê, assim, nasce totalmente não integrado, ou seja, sem nenhuma experiência de contato com a realidade do mundo externo. Dito de outro modo, ele nasce sem o sentido da sua própria corporeidade, sem as dimensões de tempo e espaço, sem conseguir reunir a experiência que viveu em útero com a experiência que passará a viver com a gravidade do seu corpo empurrando-o para baixo e levando-o para o centro do mundo quando não estiver em contato com a pele e o corpo de outra pessoa. As mãos que seguram e sustentam o corpo nu do bebê no momento exato do nascimento, são tão importantes quanto a própria experiência de nascimento ou o contato que ele passará a ter com o corpo da mãe a partir de então.

Nestes primeiros estágios há um amplo espaço para a nudez primitiva e para um contato ininterrupto entre o corpo do bebê e o corpo da mãe. Ao que eu saiba, até agora esta questão ainda não foi resolvida. A pesquisa ao longo destas linhas poderia seguir os passos da pediatria em seu trabalho com bebês prematuros, que tem revelado o valor da nudez na técnica da incubadeira. A integração e a manutenção do estado de unidade trazem consigo outros desenvolvimentos de grande importância. A integração significa responsabilidade, ao mesmo tempo que consciência, **um conjunto de memórias**, e a junção de passado, presente e futuro dentro de um relacionamento. Assim, ela praticamente significa o começo de uma psicologia humana [grifos nossos] (Winnicott, 1990a, p. 139-140).

As mães chegam a não tolerar o estado de sonolência que se segue ao parto, a não ser que possam se recuperar de todo o esforço do trabalho empreendido no nascimento do seu bebê. Talvez nem todos os bebês estejam prontos para o encontro com corpo da mãe assim que vêm ao mundo, pois eles mesmos passaram por uma experiência da qual precisam se recuperar. O certo é

condição de ‘ser’ um bebê faz com que sejam revividos problemas ligados à respiração, associados aos primeiros tempos após o nascimento e ao processo do nascimento em si mesmo. Memórias corporais de extrema importância vêm à tona no decorrer da sessão, e também perturbações físicas do aparelho respiratório, que não haviam surgido como material mnemônico nem mesmo através dos sonhos. A chave para a compreensão da asma, porém, continua oculta, já que estas memórias corporais das dificuldades respiratórias não levam necessariamente à asma, podendo, em vez disso, estar relacionadas a uma propensão à bronquite e a todo tipo de distúrbio respiratório e sensações de asfixia, etc.” (Winnicott, 1990a, p. 182-183).

que essas experiências pelas quais mãe e bebê passam, são sentidas ao nível do corpo, constituindo assim, memórias que um dia poderão fazer parte do repertório consciente do indivíduo adulto. A melhor prova de que a experiência de nascimento é uma experiência real na vida subjetiva do bebê, é o grande prazer que muitas crianças e muitos adultos extraem de atividades ou jogos que envolvam a “dramatização de um ou de outro aspecto do processo de nascimento” (Winnicott, 1990a, p. 170).

Um bom exemplo disso são os vídeos da enfermeira francesa Sonia Rochel, dentre os quais se destaca o mais famoso deles, “*Thalasso Bain Baby*”. O vídeo mostra sua técnica de relaxamento criada para reativar a memória corporal do bebê, de até três meses de idade, provavelmente daquilo que foi vivido em útero. Sua técnica consiste em mergulhar inteiramente o corpo do bebê em uma cuba com água a não mais do que 27 graus, deixando, às vezes, apenas seus lábios fora d’água. O bebê começa desperto e aos poucos vai sendo embalado pela fala da enfermeira, pela forma com que ela toca todo o seu corpo, pela sensação da água morna em sua pele, de modo a provocar-lhe relaxamento e sono. O banho não dura mais do que quinze minutos. Na sequência, Sonia retira o bebê da cuba, enrola-o numa toalha, enxuga-o e faz uma massagem em toda a extensão do seu corpo, dirigindo-lhe palavras afetuosas, afirmando o quanto ele é querido e amado por sua mãe. A massagem, por sua vez, produz uma excitação auto erótica no bebê, indicada pela introdução do polegar na boca²⁰. Não é por acaso o fato de que, em francês, “mar” e “mãe” apresentam-se com a mesma sonoridade: “*la mer*” e “*la mère*”, o que nos leva a afirmar e depreender que o mar (*la mer*) no qual o bebê se banha, é constituído pelo corpo da mãe (*la mère*) que se oferece como um continente de acolhimento às necessidades físicas, corporais e emocionais do bebê.

Isto é reforçado pelo pensamento do próprio Winnicott. Em seu texto “*A localização da experiência cultural*”, ao retomar a célebre frase do poeta Tagore, “*On the seashore of endless worlds, children play*” (“Nas margens de mundos infinitos, crianças brincam” – nossa tradução), o pediatra inglês afirma que essa frase sempre o intrigou, e que durante toda a sua adolescência ele nunca soube o

²⁰ Sonia Rochel disponibiliza a maioria dos seus vídeos na internet em seu site pessoal: www.soniarochel.com. O mais famoso encontra-se no link: <https://www.youtube.com/watch?v=OPSAgs-exfQ>.

que ela significava, apesar de sua marca ter permanecido nele até tornar-se psicanalista. Quando descobriu Freud, soube o que ela significava:

O mar e suas margens representavam uma relação infinita entre o homem e a mulher, e a criança emergiu dessa união, para dispor de um breve momento antes de se tornar adulta ou pais. Depois, como um estudioso do simbolismo inconsciente, eu *soube* (sempre se *sabe*) que o mar é a mãe e em suas margens a criança nasce. Os bebês surgem do mar e são vomitados sobre a terra, como Jonas o foi da baleia. Assim, as margens era o corpo da mãe, após a criança nascer, e a mãe e o bebê, agora viável, estavam começando a se conhecer mutuamente [itálicos do autor] (Winnicott, 1967h, p. 95-96).²¹

Se Winnicott tivesse prestado mais atenção aos escritos do seu mestre, teria feito referência ao “sentimento oceânico” que o psicanalista vienense aborda em “*O Mal-Estar na Civilização*” (Freud, 1930[1929]). Trata-se de um sentimento ou sensação de eternidade, de algo ilimitado e sem fronteiras, portanto, “oceânico”, e que só pode ser experimentado no auge do sentimento amoroso, no qual as fronteiras entre o ego e o objeto quase desaparecem. Esse sentimento pode ser experimentado tanto no apaixonamento entre um casal, como na fusão do bebê com a mãe, constituindo uma unidade indiferenciada durante a dependência absoluta a partir dos cuidados maternos. O próprio Freud reforça essa dimensão de fusão ao afirmar:

Uma criança recém-nascida ainda não distingue o seu ego do mundo externo como fonte das sensações que fluem sobre ela. Aprende gradativamente a fazê-lo, reagindo a diversos estímulos. Ela deve ficar fortemente impressionada pelo fato de certas fontes de excitação, que posteriormente identificará como sendo os seus próprios órgãos corporais, poderem provê-la de sensações a qualquer momento, ao passo que, de tempos em tempos, outras fontes lhe fogem -, só reaparecendo como resultado de seus gritos de socorro [clamando que suas necessidades corporais ou emocionais sejam atendidas pelo ambiente materno] [acréscimo nosso] (Freud, 1930[1929], p. 75-76)

²¹ “The sea and the shore represented endless intercourse between man and woman, and the child emerged from this union to have a brief moment before becoming in turn adult or parent. Then, as a student of unconscious symbolism, I *knew* (one Always *knows*) that the sea is the mother, and onto the seashore the child is born. Babies come up out the sea and are spwed out upon the land, like Jonah from the whale. So now the seashore was the mother’s body, after the child is born and the mother and the now viable baby are getting to know each other”. Preferimos utilizar nossa tradução da citação do original em inglês, à tradução corrente da edição brasileira da Imago, para reforçarmos a ligação entre os termos “margens” (“*seashore*”) - da citação de Tagore, “mar” (“*sea*”) e “mãe” (“*mother*”). Na tradução da Imago, o termo “*seashore*” (costa, margem, litoral) aparece como “praia”, termo que não enfatiza adequadamente o que Winnicott quer dizer nesse trecho. Remetemos, portanto, o leitor à Winnicott (1975, p. 133-134), na edição em português, para suas próprias conclusões.

Em outro momento, o próprio Winnicott destacou a importância dos cuidados ambientais para o bebê no que se refere ao manejo (*handling*) e ao toque em toda a superfície do corpo do bebê, tais como na hora do banho:

Se mostrarmos por que é importante que um bebê goste do seu banho, estamos mostrando também por que é importante que as crianças tomem banho de mar e porque é importante que as deixemos tomar banho e que as deixemos nadar e mergulhar e usar sabonetes, etc. mais tarde. Isso não é algo novo, mas algo que se associa à importância do banho, no início (Winnicott, 1948a, p. 45).

Há todo um conjunto de experiências pelas quais o bebê passa em relação ao cuidado que pode ser exposto do seguinte modo: a mãe que o leva ao seio para amamenta-lo; a mãe que põe o bebê após a amamentação para liberação dos gases; a troca de roupas no cuidado e higiene com o bebê; a hora do banho e a forma como a mãe toca o corpo nu do bebê em toda a sua superfície; o enxugar e vestir o corpo do bebê; o momento em que o pai ou a mãe embalam o bebê para pô-lo para dormir, ou seja, uma gama de experiências expostas diretamente a partir do cuidado ambiental e expressa através do processo de relação materno-infantil ou parental-infantil que fazem com que a mãe e o bebê tenham uma experiência única vivida à dois, e na total ausência de comunicação verbal.

Cabe-nos ressaltar que a relação materno-infantil se dá através da percepção e da consciência (*awareness*) intra e extrauterinas da respiração da mãe e da percepção e consciência da própria respiração do bebê. É por essa razão que após o nascimento, o infante precisa de um ambiente que o acolha o mais próximo possível do ambiente intrauterino (*la mer de la mère*). Nestes casos, diz Winnicott, “*parece haver uma necessidade bastante frequente de estar no colo em silêncio após o nascimento*. É provável não só que a pele seja muito sensível às mudanças de textura e temperatura, mas que a mesma afirmação possa ser feita em termos psicológicos gerais” [itálicos nossos] (Winnicott, 1990a, p. 169)²².

Seria necessário postularmos, então, um estágio pertencente à vida intrauterina, na qual a força da gravidade ainda não entrou em cena, na qual os cuidados com o bebê só poderão ser expressos através de cuidados físicos.

O amor ou o cuidado, só podem ser expressos e reconhecidos em termos físicos, através de uma adaptação do ambiente proveniente de todas as

²² A importância da experiência de contato da pele do bebê com a pele da mãe, também tem sido enfatizada por Piontelli (1986; 1995), Perez-Schancez (1997b), Bick (1968; 1986) e Meltzer (1997).

direções. Uma das mudanças provocadas pelo nascimento é a de que o recém-nascido precisa adaptar-se a algo absolutamente novo, à vivência de estar sendo empurrado de baixo para cima, em vez de ser contido em toda a sua volta. O bebê muda da condição de ser amado por todos os lados para a condição de ser amado somente de baixo para cima. As mães reconhecem esse fato pela maneira como seguram seus bebês e às vezes os enrolam de alto a baixo em roupas bem apertadas: elas procuram dar tempo ao bebê para que ele se acostume ao novo fenômeno (Winnicott, 1990a, p. 151).

Desde que a psicologia do desenvolvimento ou a psicanálise passaram a estudar a relação mãe-bebê, desenvolvimentistas e analistas dispõem de métodos diferentes para alcançarem seus objetivos. Na medida em que só era possível chegar a algumas hipóteses a partir da observação direta do bebê com suas mães após o nascimento, a psicologia do desenvolvimento se interessava pelos aspectos cognitivos e de aprendizagem da vida infantil, enquanto a psicanálise buscava, na vida primitiva, uma relação com o inconsciente. Mas qual o melhor cenário para que essas observações fossem realizadas? A vida cotidiana do bebê em sua própria casa e em seu próprio meio ambiente? Seu comportamento a partir de experiências controladas em laboratório? A instituição escolar ou a partir das consultas pediátricas de rotina? Para Winnicott, não era essa a questão que estava posta, e sim, encontrar um sentido para o olhar do observador na relação materno-infantil, ou então, submeter ao ônus da prova às rememorações verbais com pacientes regredidos no transcorrer do tratamento analítico (Winnicott, 1990a).

Ora, sem acesso ao que acontecia no ventre materno por falta de recursos tecnológicos, o bebê se convertia em um verdadeiro segredo a ser descoberto na hora do parto pela mãe, pelo pai e suas famílias. Até o início da segunda metade do século passado, em cada gravidez não era possível saber se o bebê seria menino ou menina, se teria saúde ou se nasceria com algum problema ou ainda se o processo maturacional do feto chegaria ao fim no tempo certo ou seria antecipado (Winnicott, 1960g).

Tivemos de esperar anos para que as hipóteses psicanalíticas sobre a vida pré e pós-natal pudessem ser confirmadas a partir do advento da ultrassonografia, que corroborou muitas dessas especulações, definindo o que entendemos hoje como o início da vida primitiva dos bebês. Mas onde ela começaria? Qual sua gênese? De que modo poderíamos ter certeza de que o primitivo que a psicanálise tanto objetivava inquirir, de fato, referia-se à vida vivida em útero? Vejamos brevemente como isso se deu.

4.2

A observação de bebês: uma contribuição à psicanálise

Desde que a psicanálise se interessou pela vida pré e pós-natal dos bebês, muito tempo se passou até que ela assimilasse as contribuições oriundas da tecnologia médico-científica ao seu arcabouço teórico. Uma das pioneiras nesse assunto foi a médica, obstetra e psicanalista italiana Alessandra Piontelli, que chegou em Londres na década de 70 objetivando fazer formação na Sociedade Britânica de Psicanálise (SBP). Seu percurso começa em um encontro com a também psicanalista britânica Martha Harris, em 1971, na Clínica Tavistock, clínica na qual alguns analistas da SBP trabalhavam e desenvolviam muitas de suas pesquisas. Martha Harris era uma dessas psicanalistas oriundas da SBP e ensinava desde 1964, entre outras teorias, o método de observação de bebês criado por Esther Bick, também da Sociedade Britânica²³. Esse método era baseado na etologia, ecologia e antropologia aplicados à psicanálise (Bick, 1962, 1964, 1968, 1986). Bick também foi professora de Piontelli que logo se interessou em aprender seu método de observação de bebês e aplicá-lo às observações de fetos através da ultrassonografia. Em que se constitui o método de observação de bebês e qual o seu objetivo?

A observação de bebês, segundo Bick e seus colaboradores, consiste em um treino para o psicanalista de crianças e adultos em formação. Concebendo a experiência de nascimento como desorganizadora para o recém-nascido, a experiência de observá-lo no contato direto com sua mãe promove uma forma de continência das suas primeiras experiências de vida e do modo como a mãe sustentará essa relação (Bick, 1962, 1964; Piontelli, 1995; Chatellier, 1997; Magagna, 1997; Housel, 1997a, 1997b; Perez-Sanchez, 1997a; Symington, 1997).

O observador, por sua vez, não é neutro. Ele afeta tanto a dupla mãe-bebê como é afetado por ela e deve estar consciente dos sentimentos que passará a experimentar a partir do seu trabalho. E o que se observa? Observa-se uma família dentro da qual o bebê nasceu, a relação materno-infantil, o início de um

²³ A obra de Esther Bick não é extensa. Durante os anos em que exerceu sua prática clínica, escreveu apenas seis artigos, mas foi fundamentalmente como supervisora que viu a maior parte de suas ideias florescerem. Remetemos o leitor ao conjunto de trabalhos organizados por Lacroix e Monmayrant (1997) e Briggs (2002), para melhor compreensão de suas ideias.

desenvolvimento humano, possíveis falhas maternas, as primeiras aparições do que Winnicott chamou de agonias impensáveis ou primitivas, a interação entre a mãe e o bebê, possíveis intervenções nessa relação, bem como uma comunicação sem verbalização. Além disso, o observador demarca um *setting* diferente do *setting* clássico - as observações são feitas com hora marcada, uma vez por semana, durante os dois primeiros anos (mas se estendendo até o quarto ano de vida da criança, sendo que, a partir do terceiro ano as sessões de observação começam a ficar mais espaçadas – bimensal, trimestral e semestral), na casa da dupla mãe-bebê e a partir de metodologia psicanalítica, em oposição às observações experimentais que se dão em laboratório (Bick, 1962, 1964; Chatellier, 1997; Perez-Sanchez, 1997; Piontelli, 1986; 1995).

As observações do tipo experimental se definem por oposição às observações psicanalíticas enquanto método de trabalho e pesquisa. A primeira tem por objetivo evidenciar este ou aquele fenômeno previsto pela hipótese teórica construída pelo observador e definida como referência para o experimento que se quer realizar. Há ainda uma relação de causa e efeito no fenômeno observado por meio de condições previamente existentes, cujo enquadre é definido pelo seu conteúdo, e não pelo acaso da própria observação. Por fim, no tipo experimental, o observador deve ser neutro e não entrar em contato nem se deixar afetar pela observação, seguindo os parâmetros da ciência positivista. Dito de outro modo, o observador não se comunica verbalmente com sua amostra. A observação psicanalítica, por outro lado, é definida eminentemente pelos limites contratuais que equivalem à regra fundamental da psicanálise e cujos limites psíquicos, da mãe, do bebê e do próprio observador, por sua vez, definem o enquadre e as capacidades de receptividade do observador, ou seja, sua capacidade de *rêverie* (acolhimento da demanda da dupla mãe-bebê) e a impossibilidade de sua neutralidade durante sua observação.

Esse treino objetiva investigar também uma relação dual, na qual se busca o máximo de detalhes a ser relatado. Observa-se, assim, o contexto da relação mãe-bebê, os seus corpos, os olhares de um em direção ao outro, a respiração, o ambiente, como ela o toca, como o leva ao seio, as palavras expressas para entrar em contato com o infante, etc. (Piontelli, 1995).

Com o advento da ultrassonografia nos anos setenta, Piontelli (1986; 1995) buscou encontrar alguma relação entre o que era vivido no ventre materno e

o que poderia ser observado na relação materno-infantil após o nascimento a partir do método de Esther Bick. Suas pesquisas, através da observação de fetos gemelares ou não, demonstraram que o que era vivido em útero produzia algum impacto no desenvolvimento futuro do indivíduo, havendo, portanto, uma interação precoce entre o inato e o adquirido, entre o pré e o pós-natal, sem que algum deles fosse preponderante, levando-nos a crer que o que chamávamos de primitivo, referia-se a algo bem anterior ao nascimento, corroborando as hipóteses teórico-clínicas de Winnicott.

Há mais de quarenta anos, portanto, sabia-se muito pouco sobre a vida fetal. Tudo o que era pensado até aquela época, era considerado a partir de hipóteses de um mundo vivido totalmente à parte, como se a vida realmente começasse apenas com o nascimento do bebê. O feto, visto sob essa ótica, era concebido como uma tábula rasa sem nenhum à priori e nenhum à posteriori. Todas as impressões da vida mental fetal eram baseadas em especulações adultomorfas selvagens, ou seja, a experiência do feto “sempre era comparada com a vida do sujeito humano adulto e qualquer reconstrução da sua vida e funcionamento mental assumia uma via retrogressiva” (Piontelli, 1995, p. 21).

Foi graças à ultrassonografia que algumas teses psicanalíticas puderam ser comprovadas a partir de imagens geradas pela tecnologia médica. O que essa tecnologia de imagem revelou foi a individualidade do feto por um lado, e o modo como ele se relacionava com a mãe, por outro, fazendo com que eles estabelecessem uma comunicação, ainda que simbiótica e no nível pré-verbal. Muitas dessas interpretações e imagens faziam com que os pais, ou até mesmo os obstetras “antropomorfizassem” ou “adultomorfizassem” o feto, atribuindo-lhes sentimentos, intenções e volições, ressaltando ainda mais o narcisismo dos pais, o qual se evidencia em frases tais como “ele é muito nervoso”, “ela será uma bailarina”, “ele (ou ela) tem a cara do pai (ou da mãe)”, “este aqui vai ser jogador de futebol”, “como ela é pensativa!”, “ele vai ter um bom caráter”, “ele é preguiçoso”, entre outras (Chazan, 2000; 2005; 2008; 2011; Piontelli, 1995).

O que ficou mais evidente, principalmente em fetos mais desenvolvidos a partir de seis meses de gestação, foi a necessidade de reconhe-

los como pessoas ou sujeitos humanos, pois “os bebês são humanos desde o início” (Winnicott, 1964d, p. 32)²⁴.

Ora, mas as observações de bebês para Winnicott já era uma realidade desde o início dos anos quarenta, quando passou a examiná-los em suas consultas pediátricas junto às mães (Winnicott, 1941). Nestas consultas, o pediatra inglês utilizava-se de uma brincadeira com o bebê que consistia em analisar seu interesse por uma espátula e como isto poderia ser interpretado na relação materno-infantil, dando-lhe pistas acerca do seu desenvolvimento emocional. A criança podia ver naquele objeto, algo do seu interesse ou apenas largá-lo após algum momento sem estabelecer relação alguma com objetos internos na figura do pediatra ou da sua mãe.

Se pega a espátula, é como se pegasse o seio da mãe ou, finalmente, pode ver-nos, a mim e a sua mãe, e pensar na espátula como algo que tem a ver com a relação entre eu e a mãe. Se este for o caso, ao pegar ou largar a espátula, ela modifica a relação das duas pessoas que representam o pai e a mãe (Winnicott, 1941, p. 156).

Como vemos, desde o início do seu trabalho clínico, Winnicott buscava compreender o desenvolvimento da relação do bebê com a mãe (ou com o pai) através da constituição de um objeto interno, fruto da influência que sofreu de Melaine Klein no início dos seus primeiros estudos e publicações. O jogo da espátula apenas demonstra a forma como o bebê guarda dentro de si a imago paterna ou materna com as quais ele se relaciona e como se estabelecem relações parciais ou totais de objetos no mundo interno do bebê.

Em um texto seminal de 1948 chamado “*Pediatria e Psiquiatria*”, Winnicott defende a ideia de que há um elo clínico entre o desenvolvimento infantil e os estados psiquiátricos, do mesmo modo como há um elo entre o cuidado do bebê e o cuidado apropriado do doente mental. Sua pesquisa, então, voltou-se para o fornecimento de um catálogo de métodos variados de abordagens tanto com pacientes regredidos, quanto no cuidado com o bebê, a saber: a) a

²⁴ O canal de televisão a cabo da *National Geographic* levou ao ar uma série chamada “*Life before birth: in the womb*” e “*Life before birth: fight for life*” (no Brasil, “Vida no ventre” e “Vida no ventre: luta pela vida”), em 2010. O programa mostrou, por meio de imagens de ultrassonografia em 3D e computação gráfica, não só a concepção como também os estágios pelos quais o bebê passa, mês a mês, durante o crescimento no útero e até o seu nascimento, recriando no universo digital tudo o que até bem pouco tempo atrás era apenas imaginado pela ciência médica. Muitas das hipóteses ventiladas por psicanalistas e psicólogos desenvolvimentistas nos anos 40 e por médicos, pediatras e obstetras no início dos anos 70, são comprovadas a partir das pesquisas realizadas com a ajuda desta tecnologia de imagem não invasiva.

observação direta da relação mãe-bebê; b) a observação periódica direta de um bebê, logo após o nascimento e continuado por um período de alguns anos; c) o registro da história do paciente na pediatria (o que o levou a atender mais de duas mil crianças nesse registro); d) a prática pediátrica em termos do manejo da alimentação e da excreção do bebê; e) a entrevista diagnóstica com a criança, que se constituía como um tratamento analítico em miniatura na primeira entrevista; f) a experiência analítica, que fornecerá uma visão diferenciada da infância do paciente; g) a própria observação na prática pediátrica de regressões psicóticas que aparecem na infância e até mesmo nos primórdios da constituição do bebê; h) a observação das crianças em lares adaptados para enfrentar dificuldades oriundas do comportamento, o que ele chamará anos mais tarde de antissocial e, por fim, i) a psicanálise dos esquizofrênicos (Winnicott, 1948c, p. 289-290).

Conforme afirma o pediatra inglês, a psicanálise tinha muito o que aprender com a observação direta de crianças junto às mães e em seu ambiente natural (o que fez com que Esther Bick desenvolvesse seu método, por partilhar de muitas das observações de Winnicott à sua época, e, conseqüentemente, Alessandra Piontelli investigasse a vida pré-natal). Não foi por acaso que a observação de bebês nasceu na Escola Inglesa de Psicanálise.

No entanto, afirma o autor, a observação direta não é por si só capaz de estabelecer uma psicologia do infante, a não ser que observadores e analistas possam correlacionar os dados do que foi observado com os dados do que foi rememorado pelos pacientes, assim como possam correlacionar o que é profundo em análise e o que é precoce no desenvolvimento da criança. *“Em duas palavras: o lactente humano precisa percorrer certa distância do começo para ter a maturidade para ser profundo”* [itálicos do autor] (Winnicott, 1957a, p. 105).

Winnicott quer chamar a atenção para as definições do que ele chama de profundo e precoce no âmbito da psicanálise e da sua teoria do desenvolvimento emocional. Para o autor, “profundo não é sinônimo de precoce porque o lactente necessita de um certo grau de maturidade [*maturity*, em inglês, no original, em oposição à tradução “amadurecimento” em português] para ir se tornando gradativamente capaz de ser profundo. Isto é óbvio, quase lugar-comum, e ainda assim acho que não recebeu atenção suficiente” [acréscimo nosso] (Winnicott, 1957a, p. 103). Para o autor, “profundo” é uma questão de uso, enquanto que “precoce” é uma questão de fato, ou, dito de outro modo:

É mais profundo citar relacionamentos mãe-criança do que relacionamentos triangulares, referir-se à ansiedade persecutória interna do que à sensação de perseguição externa; mecanismos de *splitting*, desintegração, e uma incapacidade de estabelecer contato me parecem mais profundos do que pode ser a ansiedade em um relacionamento [itálicos do autor] (Winnicott, 1957a, p. 103).

O que Winnicott chama de profundo, são processos que só são adquiridos durante a transição da fase da dependência relativa para a independência. Assim, a palavra “profundo”, nesta acepção, indica profundidade na fantasia interna e inconsciente do bebê ou do paciente ou na sua realidade psíquica, nas quais estão envolvidas a mente e a imaginação do paciente durante uma análise.

Os estudos sobre bebês ainda em útero, com ou sem o recurso da tecnologia médica, puderam afirmar e confirmar o *status* de unidade estabelecido entre a mãe e o bebê. Mais do que isso: até o nascimento, não havia como decidir o momento preciso em que o feto se torna um ser humano ou uma pessoa, a ser estudado psicologicamente, com sentimentos e sensações que pudessem ser lembradas seja em momentos de análise, seja através da observação em útero. O que Winnicott afirmou foi que uma criança pós-madura mostra sinais de permanência excessiva no útero, assim como uma criança prematura se mostrou pouco capacitada para viver e ter experiências como ser humano e com outro ser humano, a mãe. Sendo assim, a saúde do bebê normal só pode ser pensada em termos relacionais, tanto na vida pré-natal quanto na vida pós-natal, antes e depois do nascimento.

Os pais passaram a considerar o bebê como uma pessoa, vendo nele muito mais do que ali estava – um homenzinho ou uma mulherzinha. Isto inicialmente foi rejeitado pela ciência, que afirmava que a criança não é um pequeno adulto, e por muito tempo os observadores consideraram objetivamente as crianças como seres muito pouco humanos, até que comesçassem a falar. Recentemente, entretanto, descobriu-se que os bebês são, de fato, humanos, embora adequadamente infantis (Winnicott, 1957c, p. 63).

Apesar de a ciência médica ter chegado a grandes avanços fisiológicos, genéticos e neurológicos, a psicanálise não lida com a fisicalidade dos corpos sem nenhuma relação com a representação desta no inconsciente. A psicanálise, do ponto de vista da teoria do desenvolvimento maturacional ou emocional, preocupa-se com o ser humano desde a concepção, e como tal, prossegue na sua investigação através da vida intrauterina, do nascimento,

verificando como o feto se transforma em uma criança viva que alcança a maturidade na adolescência, ocupando o seu lugar no mundo na idade adulta, até chegar à velhice e à morte (Winnicott, 1990a, p. 51). Apesar de a saúde física do bebê (com relação à fisiologia, bioquímica e hematologia do corpo) ser de responsabilidade do pediatra que o acompanha, o interesse pela saúde emocional do infante não tem suscitado maiores interesses por parte deste profissional. Quando se trata de crianças recém-nascidas, a saúde não é o começo, mas o fim. O desenvolvimento saudável do bebê não é uma questão da fisicalidade dos corpos, e sim uma questão do desenvolvimento emocional primitivo (Winnicott, 1990a, p. 133). É a partir da sua entrada no mundo que uma nova etapa no curso do desenvolvimento do bebê começa.

4.3

A constituição psíquica do bebê

Freud foi o primeiro autor a chamar atenção para o desenvolvimento do psiquismo no cuidado ambiental materno. Em uma nota de rodapé no seu texto “*Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*” - ele afirma que a psicanálise tomou como ponto de partida os processos mentais inconscientes regidos por dois princípios reguladores do funcionamento mental - o princípio do prazer e o princípio de realidade, concluindo que embora o aparelho psíquico estivesse regido pelo princípio do prazer, o princípio de realidade se constituiu não como o mais agradável, mas como aquele com o qual deveríamos lidar, ou seja, o indicador das vicissitudes do mundo externo. Cito Freud:

Corretamente, objetar-se-á que uma organização que fosse escrava do princípio de prazer e negligenciasse a realidade do mundo externo não se poderia manter viva, nem mesmo pelo tempo mais breve, de maneira que não poderia ter existido de modo algum. A utilização de uma ficção como esta, contudo, justifica-se *quando se considera que o bebê – desde que se inclua o cuidado que recebe da mãe – quase realiza um sistema psíquico deste tipo*. Ele provavelmente alucina a realização de suas necessidades internas, pela descarga motora de gritar e debater-se com os braços e pernas, e então experimenta a satisfação que alucinou. Posteriormente, criança de mais idade aprende a empregar intencionalmente estas manifestações de descarga como métodos de expressar suas emoções. *Visto que o cuidado posterior das crianças se modela no cuidado dos bebês, o predomínio do princípio do prazer só pode realmente terminar quando a criança atingiu um completo desligamento psíquico dos pais* [itálicos nossos] (Freud, 1911, p. 238-239).

De acordo com Winnicott, apesar de Freud ter enfatizado a formação do psiquismo por meio do cuidado ambiental materno, ele deixou de lado esse assunto pois, não estava pronto para discutir as implicações oriundas de suas afirmações (Winnicott, 1960e). Sua preocupação era com a constituição da metapsicologia ou com a “ciência psicanalítica”, em vez do estudo da relação materno-infantil, e como essa relação influi no desenvolvimento emocional e psíquico do bebê. Bem sabemos que Freud jamais tratou de uma criança e, quando o fez, tal como no caso do pequeno Hans, foi por meio do seu pai ou de lembranças de seus pacientes adultos, conforme mostrou com suas pacientes histéricas, no caso Dora ou o Homem dos Lobos.

Por sua vez, desde os primeiros trabalhos clínicos, Winnicott sempre ressaltou a importância do papel da mãe no desenvolvimento do bebê, mantendo um diálogo constante com as construções teóricas de Melanie Klein, muito embora ela também não soubesse dar a devida importância ao papel desempenhado pela mãe nos cuidados ambientais e na formação do psiquismo do bebê. Segundo Winnicott, Klein foi incapaz de entender a natureza da relação materno-infantil em termos do desenvolvimento e da dependência do infante para com a mãe, posto que ela examinou superficialmente a influência ambiental, nunca reconhecendo que, juntamente com a dependência da fase de amamentação do bebê, há um período em que não podemos descrevê-lo sem a presença da mãe na sua vida, pois ele ainda não se constituiu com um *self* (Winnicott, 1962d) ²⁵. Daí a célebre frase “não há tal coisa como um lactente” ou “não existe tal coisa como um bebê” (“*there is no such thing as an infant*”) (Winnicott, 1952b), que marca o momento inaugural da relação simbiótica mãe-bebê, pois sempre, onde houver um lactente, deverá necessariamente existir uma mãe disposta a fornecer os cuidados maternos, e, sem os cuidados maternos, não haveria um bebê (Winnicott, 1960e, p. 40). Winnicott não só refutou parte das teorias de Klein, como também as reviu, construindo um arcabouço teórico ora como extensão dos seus trabalhos, ora caminhando numa direção completamente oposta às suas ideias.

²⁵ De acordo com Ogden (1992; 2013a) Klein estava mais preocupada com os conteúdos do mundo interno do que com o resultado da provisão ambiental. Em suas teorias, era visível uma investigação sobre as origens biológicas da estrutura instintiva, sua elaboração intrapsíquica, em termos de cisão, projeção, introjeção, pensamento onipotente, idealização, negação, etc., e suas transformações interpessoais traduzidas por meio de identificações projetiva e introjetiva.

Sabemos que o momento do nascimento demarca um período de grandes transformações e de novas experiências que serão vividas pela dupla mãe-bebê. Não se trata apenas de vivências da fisicalidade dos corpos, muito embora estas sejam experimentadas pelo par. Trata-se de experiências emocionais das mais diversas ordens e que constituirão o início de uma comunicação, da criação do *self*, da interioridade, da forma como a criança produz a externalidade do mundo, das pulsões oriundas do *id*, da constituição do *ego* e das relações objetais as quais irá estabelecer ao longo da vida. Ou seja, é a partir dos primeiros momentos de vida extrauterina e daí em diante que poderemos acompanhar e observar a constituição psíquica do bebê.

É neste sentido que o recém-nascido está sensível a toda gama de sensações relativas ao tato, às condições de temperatura, luz, textura, cor, cheiros, sabores, tessituras, que se constituirão no tempo e no espaço. A saúde do indivíduo, por consequência, depende da sua maturidade por meio de um triplo desenvolvimento: o desenvolvimento do *self*, o desenvolvimento do *ego* e o desenvolvimento emocional, matriz do seu psiquismo. Para Winnicott, a teoria do desenvolvimento emocional ou maturacional depende de uma tendência inata ao desenvolvimento, bem como a existência de um ambiente facilitador, centrado na maternidade e nos cuidados que a mãe oferece ao bebê (Winnicott, 1958d). O indivíduo assim concebido, atravessa fases que vão de uma total dependência da mãe até a maturidade e a independência dos cuidados maternos, que, se bem sucedidos ou se tudo ocorrer bem, levarão à saúde psíquica (Winnicott, 1960e; 1962c; 1963b; 1970f). Esses estágios referem-se à dinâmica de como o bebê vai constituindo o seu mundo interno e de como ele vai se relacionando com o mundo externo no curso do processo maturacional.

Winnicott pensava o desenvolvimento como uma jornada humana em termos maturacionais e emocionais. O animal humano, para Winnicott é “*uma amostra-no-tempo da natureza humana*” [itálicos nossos] (Winnicott, 1990a, p. 29). Portanto, todos os processos pelos quais passa o bebê durante o seu desenvolvimento emocional são produto dessa temporalidade, espacialidade e maturidade a qual ele está subsumido, assim como todas as fases do desenvolvimento as quais ele atravessará, dependem dos desdobramentos dessa realidade espaço-temporal.

Com efeito, a natureza humana, para o autor, “é quase tudo o que possuímos” (Winnicott, 1990a, p. 21) e consiste em uma tendência inata à integração em uma unidade a partir do potencial herdado, dos cuidados dispensados pela mãe ao bebê e como este vivencia estes cuidados. Essa tendência diz respeito também à hereditariedade do lactente, da sua capacidade em crescer, integrar-se, relacionar-se com objetos e se desenvolver emocionalmente (Winnicott, 1959-1964). Os lactentes se tornam diferentes conforme as condições favoráveis ou desfavoráveis que lhes são ofertadas. Ao mesmo tempo, essas condições não determinam seu potencial. “Este é herdado, e é legítimo estudar este potencial herdado como um tema separado, *desde que sempre seja aceito que o potencial herdado de um lactente não pode se tornar um lactente a menos que ligado ao cuidado materno*”. De acordo com esta perspectiva, podemos depreender que “o potencial herdado inclui a tendência no sentido de crescimento e do desenvolvimento”, pois todos os estágios do desenvolvimento emocional primitivo podem ser mais ou menos datados [itálicos do autor] (Winnicott, 1960e, p. 43).

Desenvolver-se emocionalmente quer dizer atravessar um período que vai da dependência total do bebê até sua independência como sujeito no mundo. Na dependência absoluta, o lactente não tem meios de perceber o cuidado materno, que é em grande parte uma questão de profilaxia, nem pode controlar as consequências do que é bem ou mal feito, mas apenas se beneficiar ou sofrer os efeitos desses cuidados. Na dependência relativa, segunda fase do desenvolvimento, o bebê já pode se dar conta da necessidade de detalhes do cuidado materno e correlacioná-los ao impulso pessoal, reproduzindo-os na transferência quando adulto em análise. Por fim, na fase “rumo à independência”, ele consegue desenvolver meios para viver sem o cuidado real da mãe, pois tudo o que agora faz parte da sua experiência subjetiva foi adquirido através do acúmulo de recordações daquele cuidado, da projeção de necessidades pessoais, da introjeção de detalhes do cuidado e do desenvolvimento da confiabilidade no ambiente (Winnicott, 1960e, p. 45-46). Vejamos pormenorizadamente como se constitui cada uma dessas fases.

Desde o seu nascimento, o bebê encontra-se em um estado de total dependência do ambiente materno para sobreviver e se desenvolver. Ele depende tanto física quanto emocionalmente da mãe, ao passo em que também se constitui

como um ser independente, na medida em que carrega em si mesmo potenciais e tendências inatas que lhe foram transmitidos biologicamente, concretizando o seu potencial herdado (Winnicott, 1963b). Winnicott denominou essa etapa do desenvolvimento de “dependência absoluta”, a qual corresponde ao período que vai das primeiras horas do nascimento até aproximadamente o desmame. Nele a mãe é aquela que fornecerá ao bebê todos os cuidados para que ele se construa como um ser independente.

Nesse período, contudo, o bebê não possui meios para perceber nem controlar os cuidados maternos, nem tem como fazer um juízo de valor para saber se esses cuidados são bons ou maus, se podem lhe trazer ganhos ou lhe causar prejuízos. Ele também não tem nem uma consciência e nem um inconsciente; ambos serão desenvolvidos à medida que ele se relaciona com o meio ambiente materno a partir dos cuidados dispensados.

Estes cuidados são aqueles que toda mãe dedicada deverá fornecer ao seu bebê, aí incluídos o acolhimento do seu corpo em seus braços, a amamentação e limpeza do bebê, a transmissão do carinho e do amor maternos, o modo como ela o segura em seus braços, a forma como ela toca o seu corpo, expressa-se e entra em contato com os sentimentos dele. Fundamentalmente, muito desse amor deverá ser manifesto sob forma dos cuidados ambientais dispensados, não só pela mãe, mas também pelo pai, e, na medida em que o processo maturacional se constitui na vida do infante, também ocorre a evolução do ego e do *self*, o que “inclui a história completa do *id*, dos instintos e suas vicissitudes, e das defesas do ego relativas ao instinto” (Winnicott, 1963b, p. 81).

Ao ressaltar que os cuidados são precisamente referentes à mãe, Winnicott não dispensa o apoio do pai. Winnicott funda, portanto, uma teoria do relacionamento parental-infantil (“*the theory of the parent-infant relationship*”, em inglês no original, em oposição à tradução equivocada da edição em português “teoria do relacionamento paterno-infantil”, que induz o leitor a pensar que o cuidado aqui ressaltado é o cuidado especificamente “do pai” e não de “ambos os pais”) (Winnicott, 1960e; 1961b). Com efeito, o pai não é desvalorizado, pelo contrário, ele entrará na dinâmica subjetiva do bebê em um outro momento específico, de sua jornada rumo à independência.

A teoria do relacionamento parental-infantil se refere ao lactente, ou seja, trata-se de uma jornada da dependência absoluta, passando pela dependência relativa, à independência, e paralelamente, a jornada do lactente do princípio do prazer ao princípio da realidade, e do autoerotismo às relações objetais. A outra metade da teoria do relacionamento parental-infantil se refere ao cuidado materno, isto é, às qualidades e mudanças nas mães que satisfazem as necessidades específicas e de desenvolvimento do lactente para as quais ela se orienta. (...) A palavra chave nesta parte do estudo é a *dependência*. Os lactentes humanos não podem começar a *ser* exceto sob certas condições [itálicos do autor] (Winnicott, 1960e, p. 43).

O cuidado parental satisfatório pode ser classificado mais ou menos em três estágios superpostos: o *holding* materno – ou seja, a forma como a mãe sustenta e acolhe o bebê em seus braços (“*to hold the baby*”) e o modo como ela transmite os cuidados físicos e emocionais (*physical holding*); a mãe e o lactente vivendo juntos (onde a função do pai não é ainda conhecida pela criança em termos ambientais); e o pai, a mãe e o lactente todos vivendo juntos (Winnicott, 1960e, p. 43-44). Em todos esses estágios, Winnicott nunca dispensou a presença do pai na relação mãe-bebê, pelo contrário, trouxe para o primeiro plano a necessidade de o ambiente materno ser sustentado pelo pai, mesmo que a mãe e o bebê vivam uma relação monádica ou simbiótica durante o período da dependência absoluta. No livro *A criança e seu mundo*, Winnicott (1965b) abordou a importância do pai no desenvolvimento emocional, afirmando que, embora alguns homens acreditem serem melhores que suas esposas em relação aos cuidados maternos, a “mãe suficientemente boa” tem que ser mãe vinte e quatro horas por dia e, por vezes, esse não é um período de tempo “suficientemente bom” para um pai vivenciar o “cuidado ambiental”. As mulheres sabem, como toda boa mãe, a melhor hora para o pai entrar em cena participando do desenvolvimento emocional do seu bebê. No entanto, é o bebê quem faz esse reconhecimento inicial dos cuidados e os associa à mãe – maciez, dureza, leveza, toque, gestos, falas, carinhos, afetos, etc.. Por outro lado, ao contrário do que se poderia pensar, as mães também têm qualidades indesejáveis para o bebê. Em alguns momentos dessa jornada humana, elas podem ser rigorosas, ríspidas, severas e exigentes com a pontualidade das mamadas, fazendo com que a criança prefira ser alimentada pelo pai.

A qualidade do ambiente parental para o bebê é que dará o norte do seu desenvolvimento maturacional, mas, como diz Winnicott (1965b, p. 128-129), “é incomparavelmente melhor um pai forte, que pode ser respeitado e amado, do

que apenas uma combinação de qualidades maternas, normas e regulamentos, permissões e proibições, coisas inúteis e intransigentes”. Dito em outras palavras, quando o pai entrar na vida do bebê, este certamente terá condições de assumir os sentimentos que ele nutre pela mãe e identificá-los de igual modo no pai. Para o pediatra inglês, a mãe certamente é o primeiro ambiente por quem o bebê deve ter suas necessidades atendidas.

No entanto, a mãe só será o primeiro ambiente para o bebê se ela entrar em um estado chamado de “preocupação materna primária”, tendo vivido momentos antes de dar à luz e em momentos posteriores ao parto. Este estado é necessário para que a futura mãe constitua o vínculo emocional e afetivo com seu bebê de tal modo que ela possa experimentar tudo o que o bebê experimenta em termos emocionais antes mesmo que ele passe a sentir. Esta condição de “sentir *pelo* bebê” ou “viver *com* o bebê” é desenvolvida gradualmente e aumenta durante o final da gravidez, continuando por algumas semanas depois do nascimento. Ou seja, a mãe tem uma sensibilidade tão refinada que é capaz de sentir as necessidades do bebê como se estivesse em seu lugar. Neste momento “*a mãe é o bebê e o bebê é ela*” [itálicos nossos] (Winnicott, 1966b, p. 4), posto que ela já fora um bebê e traz na sua bagagem esse conjunto de lembranças e memórias primitivas oriundas da sua própria maternagem pela sua mãe. As memórias corporais de “como é ser um bebê” (“*what it’s like to be a baby*”) (Sacks, 1987), para a nova mãe, são recuperadas a partir do momento em que ela está prestes a dar à luz, encontrar o seu bebê pela primeira vez e a cada momento em que revive a experiência da maternidade com um novo bebê.

Paralelamente a esse conjunto de experiências vivenciadas pelo bebê, a mãe também não tem consciência de que ela se encontra nesse estado de atenção e sensibilidade aumentada que constitui a “preocupação materna primária”. Na verdade ela tende a recalcar essa experiência. A “preocupação materna primária”, que também pode ser compreendida através das expressões “mãe suficientemente boa” ou “mãe dedicada comum”²⁶ (Winnicott, 1956c; 1966b), é caracterizada por um estado organizado que, se não fosse pela gravidez da mulher, seria semelhante a uma doença, aqui entendida como algo saudável, e não patológico, devido à sua

²⁶ O termo surgiu no verão de 1949, mas não foi uma criação de Winnicott, e sim uma sugestão de Isa Benzie, sua amiga, quando o convidou para uma série de palestras para mães na rádio da BBC de Londres. Winnicott não queria dizer o que as mães deveriam fazer, ele queria conversar sobre o que elas sabiam fazer bem (Winnicott, 1966b).

capacidade de conseguir se recuperar algumas semanas após o nascimento do bebê. Trata-se, portanto, de um estado de retraimento dissociado, ou de uma fuga da realidade exterior, onde tudo o mais perde momentaneamente o interesse para a mãe, em face da adaptação e sensibilidade às necessidades iniciais do infante (Winnicott, 1964d). A adaptação às necessidades iniciais do bebê constitui também o seu sentido de previsibilidade, na medida em que ele integra suas necessidades físicas, corporais e emocionais aos cuidados fornecidos pela mãe. Assim, gradualmente, a criança estabelece um "*sistema de memórias e uma organização de lembranças*" [itálicos nossos] (Winnicott, 1967b, p. 136) desses cuidados, os quais, sendo regulares e repetidos muitas vezes, originam "um sentido de previsibilidade" materna (Dias, 2012, p. 201).

Mas como se operam essas necessidades físicas, corporais e emocionais no bebê? Ora, primeiro há as necessidades do corpo, as quais podem ser atendidas através de atitudes como segurar o bebê, colocá-lo para dormir ou virá-lo no berço, aquecê-lo com roupas adequadas ou resfriá-lo quando estiver com calor, permitindo-lhe transpirar. Talvez sua pele precise de um contato mais suave dos tecidos usados para vesti-lo; ele pode ainda vir a sentir dor, cólicas ou fome, ou precisa ser limpo na medida em que a fisiologia do corpo começa a ser uma constante²⁷. Segundo, há as necessidades emocionais, que se constituem numa relação a dois a partir do envolvimento com o ritmo respiratório da mãe ou mesmo com os batimentos cardíacos dela, recuperando a memória de quando ele ainda vivia no útero e conseguia ouvir os batimentos cardíacos, a respiração ou a circulação sanguínea da mãe. Outras vezes ele precisa recordar o cheiro da mãe na medida em que está em contato com a sua pele durante a amamentação, ou até mesmo o cheiro do pai, quando este o coloca nos braços, o envolve, brinca e o embala. Ou simplesmente o bebê precisa ouvir sons que "transmitam a vivacidade e a vida que há no meio ambiente, ou cores e movimentos, de tal forma que o bebê seja deixado com os seus próprios recursos, quando ainda muito jovem e imaturo para assumir plena responsabilidade pela vida" (Winnicott, 1970f, p. 75-76).

Não há nenhuma forma de fazer com que a mãe entre nesse estado de preocupação materna primária, a não ser que ela seja ela mesma, reconhecendo a

²⁷ Para uma análise sobre a importância do corpo para continuidade do ser a partir da teoria winnicottiana, ver Peixoto Júnior (2008).

natureza essencial da sua tarefa ao prover o cuidado necessário para o seu bebê. Na concepção de Winnicott, nenhuma mãe é igual à outra, cada uma desenvolve um modo próprio de cuidar sem que haja necessidade de recomendações médicas ou até mesmo de um especialista, seja ele psicólogo, psicanalista, enfermeira ou parteira. Não há nenhum manual que faça com que a mãe possa usufruir desse estado a não ser que ela possa recuperar a memória que tem dentro de si mesma quando foi cuidada por alguém, desde que tenha sido um bom cuidado.

Um bom exemplo disso encontra-se nas palavras de Eva, personagem do livro e do filme homônimos “*Precisamos Falar Sobre o Kevin*” (Shriver, 2007). A certa altura do livro, narrado por meio de cartas para seu marido, Eva discute a diferença entre não ser mãe e ouvir o choro de um bebê e a mesma percepção depois que a maternidade faz parte do seu repertório subjetivo. Eva parece dialogar com Winnicott quando este distingue quatro tipos de choros: satisfação, dor, raiva e tristeza ou pesar (Winnicott, 1965b). Todos eles representam a saúde, tanto corporal quanto emocional do bebê.

Quando não tinha filhos, minha percepção do choro de um bebê era algo indiferenciado. Ou era alto ou não era tão alto. Mas, na maternidade, apurei o senso auditivo. Há o lamento de necessidade inarticulada, que é na verdade a primeira tentativa da criança de ter uma linguagem, sons que significam *molhado*, *comida* ou *alfinete*. Há o berro de terror – não tem ninguém por aqui e talvez nunca mais haja. Há aquele *uá-uá* lasso, não muito diferente do chamado às orações no Oriente Médio ou de improvisações musicais; esse é um choro criativo, divertido, de bebês que, mesmo sem se sentir especialmente felizes, não entenderam direito que nós, adultos, gostaríamos que restringissem o choro a estados de sofrimento. Talvez o mais triste de todos seja o gemido calado e habitual de um bebê que pode até estar se sentindo em desconforto total, mas que, seja por negligência ou conhecimento inato, deixou de antecipar a possibilidade de resgate – alguém que, já da infância, se reconciliou com a ideia de que viver é sofrer [itálicos do autor] (Shriver, 2007, p. 111).

Há mães que sabem distinguir perfeitamente um choro do outro. No entanto, há mães que são incapazes desse artifício, pois, para elas, todos os choros são indiferentes. A primeira encontra-se em estado de preocupação materna primária e fornece o ambiente acolhedor para as necessidades do seu bebê; a segunda é incapaz de ter essa percepção e não consegue distinguir se o brado do infante é de prazer, fome, ira ou puro sofrimento.

É neste sentido que o infante poderá usufruir de um meio ambiente seguro por meio de cuidados físicos, emocionais e corporais, ou seja, quando a mãe consegue sentir “pelo” bebê, antecipando-se muitas vezes às suas

necessidades físicas ou emocionais. O meio ambiente seguro é mais uma vez constituído por uma “relação a dois” a partir do par mãe-bebê, na medida em que também se constituiu uma relação de confiabilidade, pois, conforme afirma Winnicott (1960j, p. 43), “as crianças precisam se sentir seguras”. A segurança é uma espécie de desafio para o bebê que o convida a experimentar a liberdade em estágios posteriores do seu desenvolvimento. Confiabilidade e segurança são fornecidas ao bebê na fase da dependência absoluta e precisam ser sustentadas nas fases seguintes, para daí serem incorporadas a sua experiência subjetiva, desde a infância, passando pela adolescência e chegando à fase adulta. Sem a confiabilidade ambiental mínima, diz Winnicott (1969e), o crescimento pessoal não pode se constituir no curso do desenvolvimento. Pelo contrário, podem surgir verdadeiras distorções ou distúrbios psíquicos vivenciados desde cedo pela criança. Portanto, confiabilidade e segurança são tudo o que o bebê necessita, mas precisam ser desenvolvidas passo a passo pela mãe a partir dos cuidados que ela dispensa ao seu bebê e da adaptação as suas necessidades, proporcionando a estabilidade requerida pelo infante.

Quando oferecemos segurança, fazemos simultaneamente duas coisas. Por um lado, nossa ajuda livra a criança do inesperado, de um sem-número de intrusões indesejáveis e de um mundo que ainda não é conhecido ou compreendido. E, pelo outro lado, protegemos a criança de seus próprios impulsos e dos efeitos que estes possam produzir. (...) Esse primeiro estágio não apresenta grandes dificuldades, pois, na maioria dos casos, a criança tem uma mãe que por certo tempo ocupa-se quase que exclusivamente das necessidades de seu filho. Neste estágio, a criança está segura (Winnicott, 1960j, p. 45)

O ambiente seguro que a mãe oferece ao seu bebê é ela mesma, sua natureza, sua pessoa, suas características, seu aroma, a atmosfera que a acompanha, o pai, os avós e tios paternos e maternos como representantes da família do bebê (Winnicott 1969e).

De acordo com Dias (2011), a confiabilidade é uma palavra central do ambiente facilitador, cujo protótipo é o estado da dependência absoluta nos estágios iniciais da vida do bebê. Ela deve estar implicada na constituição da identidade e dos sentidos de realidade, do *self* e do mundo, e é conquistada através de repetidas experiências por parte do par mãe-bebê, trazendo para este último o sentimento de realidade e a capacidade de habitar um mundo real. A principal característica da confiabilidade está na capacidade de o bebê ter preservada a

continuidade do ser em termos de cuidado a partir do ambiente fornecido pela mãe. Esse é um traço que não necessariamente está marcado pela palavra verbalizada. Pelo contrário, a confiabilidade será constituída na vida do infante através dos cuidados dispensados a ele, no nível pré-verbal, pré-linguístico, pré-simbólico e pré-representacional.

O mundo do bebê é feito da totalidade dos cuidados maternos, incluídos aí os cuidados específicos relativos a três tarefas. A palavra-chave, aqui, é confiabilidade e esta significa, nesse primeiro momento, *previsibilidade*. A *mãe-ambiente* cuida para que o mundo do bebê, e ela mesma, se mantenham consistentes, regulares, monótonos, em uma palavra, *previsíveis*. Ela cuida para que não haja alteração na atmosfera do ambiente, e para que o manejo não seja brusco nem apressado; é ela, também que preserva imperturbado o isolamento do bebê quando este se retira para descansar. Ela permanece lá, *sustentando a situação no tempo*, aguardando que ele retome uma busca qualquer. Quando o bebê desperta e faz um gesto de comunicação, lá está ela apresentando um fragmento de mundo ou um manejo que confirmam, para ele, que o mundo continua presente e vivo. É a repetição monótona e regular dessa experiência que vai criando no bebê a capacidade de confiar. Ele começa a ter um “conhecimento” do ambiente, que não é mental, mas baseado na familiaridade [itálicos da autora] (Dias, 2011, p. 23).

O mundo, tal qual a mãe apresenta ao bebê desde o primeiro instante após o nascimento em sua condição de “recém-chegado” deve ser apresentado em pequenas doses e ter uma certa previsibilidade (Winnicott, 1970f). Se a mãe tem a urgência de apresentá-lo ao bebê de uma só vez, ela invade o seu *self* em desenvolvimento. Se ela se demora demais para proporcionar a apresentação do mundo, ela tira a oportunidade de o bebê construí-lo na sua fantasia interna e reconhecê-lo quando for o momento certo. Reconhecer o mundo significa fazer parte da vida por meio da continuidade do ser, e a vida, nesse momento, para o bebê, é “apenas uma série de experiências terrivelmente intensas” (Winnicott, 1965b, p. 77). Toda essa apresentação inicial do mundo pela mãe ao infante também é feita no nível pré-verbal, pré-linguístico, pré-simbólico e pré-representacional²⁸.

²⁸ Em outro momento, Dias (2011) vai afirmar que a própria ideia de incorporação em Winnicott se refere ao cuidado materno da mãe para com o bebê. Apoiada nas construções teóricas de Loparic (2000), Dias defende que na teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott, a incorporação vai se constituir a partir de uma “doação de sentidos”, que é anterior à representação, verbalização e simbolização por parte do bebê, dada a sua natureza “imatura”. Ou seja, o que é incorporado na experiência subjetiva são exatamente os cuidados da mãe dispensados a ele. O assunto merece um estudo cuidadoso que não cabe no presente trabalho. Remeto o leitor a Naffah Neto (2012) para maiores considerações sobre o assunto “incorporação” do ponto de vista winnicottiano.

Ora, a própria palavra infante (“*infans*”) refere-se às crianças que ainda não dispõem da comunicação verbal em seu repertório subjetivo, portanto, são seres “sem fala”. De acordo com Winnicott, não nos é muito útil pensarmos na infância como a fase anterior à apresentação das palavras e ao uso das palavras como símbolos, posto que o interesse do estudo do desenvolvimento emocional se refere mais à *empatia materna* (Winnicott 1945c; Rabain, 2004) diante do seu bebê e menos à expressão verbal da mãe para com ele ou do bebê para a mãe (Winnicott, 1960e; 1969e).

No início dos cuidados maternos, o bebê ainda não separou o seu *self* dos cuidados ambientais fornecidos pela mãe, existindo, portanto, uma dependência absoluta desses cuidados. Neste estágio, o lactente necessita da provisão ambiental que tem de atender a certas características do cuidado. Essas necessidades são tanto fisiológicas quanto emocionais, e é difícil separarmos uma da outra, pois a fisiologia e a psicologia ainda não se tornaram coisas separadas para o bebê, dado que estão em pleno processo. Por outro lado, a provisão ambiental não é mecânica, automática, como um robô à prova de falhas. Pelo contrário, a boa maternagem deve incluir as falhas maternas para que o bebê comece a lidar com as frustrações impostas pela realidade externa. O que não pode acontecer é que essas falhas sejam constantes e ultrapassem o limiar esperado pelo bebê. A provisão ambiental fala, principalmente, da *capacidade empática* da mãe de se colocar no lugar do bebê de modo a perceber suas necessidades (Winnicott, 1960e), muito embora o termo “empatia” não seja um construto teórico concebido pela psicanálise²⁹.

Se enfatizamos até agora a importância dos cuidados ambientais durante a fase da dependência absoluta, não foi por achá-la mais importante do

²⁹ A empatia, certamente, nunca foi um conceito psicanalítico sobre o qual os herdeiros teóricos de Freud tenham se debruçado, à exceção de Winnicott. A empatia, no âmbito do desenvolvimento emocional, faz parte da relação da mãe com o bebê a partir da possibilidade de ela sentir tudo o que o bebê venha a sentir antes dele. Nesse sentido, confiabilidade, segurança e empatia, fazem parte do modo como a mãe se relaciona com o bebê em termos de cuidados maternos. Por outro lado, na clínica, “a empatia psicanalítica” à qual nos referimos é aqui compreendida conforme defende Bolognini (2008), ou seja, uma condição autônoma do analista frente ao analisando, com o compromisso da verdade entre ambas as partes. Ser empático é uma possibilidade de relação com o outro que requer um profundo desenvolvimento e respeito em termos do “sentir com”. A empatia faz parte do processo analítico e precisa estar presente no curso de uma análise do mesmo modo como a neurose de transferência é necessária em Freud ou o processo de confiabilidade se desenvolve no entender de Winnicott, fazendo com que a dupla analítica compartilhe de sentimentos, afetos, fantasias, sensações, ou seja, uma experiência subjetiva, relacional e pautada em um ambiente acolhedor. Remeto, portanto, o leitor ao texto de Bolognini acima citado, para uma maior compreensão do termo no âmbito da psicanálise.

que as duas fases seguintes, mas, pelo contrário, por entendermos que tudo o que virá depois é consequência direta do que foi vivido pela mãe e pelo bebê até então. Consequentemente, tudo o que ocorrerá nessa fase, se constituirá por meio de uma relação onde a comunicação não verbal ou silenciosa entre a mãe e o bebê se constituirá na experiência subjetiva do infante.

Enquanto que na dependência absoluta o que víamos era uma simbiose do ponto de vista da relação mãe-bebê, na dependência relativa, o bebê começará a tomar conhecimento da existência da mãe enquanto outro, ou seja, passará a distinguir entre um “eu” e um “não eu”. Esse processo corresponde ao momento do desmame que afeta tanto a mãe quanto o bebê, e ocorre entre o fim do primeiro ano de vida e os dois anos de idade, marcado pela transicionalidade, característica principal da fase da dependência relativa³⁰.

Para Abram (2000, p. 103), a dependência relativa depende de cinco fatores principais: a) a falha gradual da mãe e sua desadaptação como resposta ao desenvolvimento maturacional do bebê; b) o início da compreensão intelectual por parte do bebê sobre o mundo e o ambiente que o cerca; c) a apresentação resoluta e confiante do mundo pela mãe ao bebê, que está subordinado a sua capacidade de ser ela mesma e que corresponde à apresentação dos objetos como parte do mundo externo; d) o aumento da consciência do bebê sobre a sua própria dependência materna e e) a capacidade do bebê de se identificar com os objetos.

Assim, durante a fase da dependência relativa, o bebê passa a se adaptar gradualmente às falhas da mãe no que se refere aos cuidados físico e emocional. Sua capacidade de suportar a presença/ausência da mãe e, consequentemente o atendimento às suas necessidades passa a ser uma constante. Ele já aceita com maior facilidade que sua reivindicação não vai ser mais tão rapidamente atendida pelo ambiente materno, ou, dito de outro modo, o bebê passa a ter uma compreensão intelectual do mundo que o cerca a nível pré-verbal, pré-linguístico, pré-simbólico, pré-representacional, reconhecendo ritmos, sons, cheiros e climas emocionais dos mais diversos (Safra, 1996).

³⁰ Certamente as exigências do mercado de trabalho e o apelo cada vez mais exacerbado da imagem perfeita do corpo tem encurtado cada vez mais esse tempo. À época de Winnicott ainda não havia ocorrido a revolução contra cultural e sexual do final dos anos sessenta. As mulheres não tinham conquistado postos cada vez mais altos no mercado de trabalho e o apelo da mídia, da moda, da estética, da moral do espetáculo, da corpolatria e do consumismo não tinham emergido no cenário contemporâneo como o que vivemos hoje, conforme apontou Costa (2004a).

Por outro lado, os objetos com os quais o bebê se relacionava na fase anterior eram todos objetos subjetivos, ou seja, oriundos da onipotência do bebê durante seu encontro com o mundo representado pelo seio materno a cada mamada. Agora eles passam a fazer parte do repertório do bebê na medida em que ele encontra objetos oferecidos pela mãe e pelo mundo através de objetos bons e maus que podem ser internalizados ou não, como representantes do seu encontro com a mãe ou com o pai. Nesse instante do desenvolvimento, a dupla mãe-bebê já compreende que ele sobrevive sem a presença dela por um período maior de tempo. “Isso é algo que não pode ser feito por pensamento, nem pode ser manejado mecanicamente. Só pode ser feito pelo manejo contínuo por um ser humano que se revele continuamente ele mesmo” (Winnicott, 1963b, p. 83). Neste caso, o bebê já consegue internalizar o objeto mãe e conviver com ela dentro de si mesmo por um longo período de tempo e passa a desenvolver uma capacidade de estar só que depende, em essência, de um objeto bom internalizado (Winnicott, 1958a).

Se a mãe não conseguir se desadaptar a essa simbiose inicial com o seu bebê, vivida durante a primeira fase do desenvolvimento, muito provavelmente ela poderia querer almejar a perfeição dos cuidados fornecidos ao bebê, o que é humanamente impossível, pois a perfeição não cabe a seres humanos, e sim a máquinas, e o que um bebê precisa é de um ser humano que seja ele mesmo cuidando de outro ser humano.

Portanto, a mãe suficientemente boa ou mãe devotada comum precisa falhar “em pequenas doses” para que seu bebê passe a experimentar períodos de frustração, apreendendo o sentido do mundo e da realidade externa. Isto é ofertado ao bebê no momento em que ele não mais depende totalmente do seio para se alimentar e em que a mãe começa a adicionar à sua dieta, entre outras coisas, alimentos sólidos, ao passo que ela possa sair de casa por mais tempo sem provocar tanta frustração durante esta fase.

Do ponto de vista do bebê, ele só consegue tolerar a frustração a partir da função intelectual inerente ao processo de desenvolvimento no qual ele se encontra. Do ponto de vista da mãe, ela só consegue se libertar do vínculo proveniente da dependência na qual o bebê se encontra se ela explorar suas funções intelectuais. No entanto, se for fornecido um equipamento intelectual acima da média para o bebê, a mãe pode formar um conluio na exploração do

intelecto dele que será cindido com a existência psicossomática e o viver, constituindo um falso *self* em termos de vida e continuidade da existência (Winnicott, 1968e).

Podemos afirmar que, desse modo, o bebê passa a tomar consciência da sua dependência e quando sua mãe está longe e não pode atender tão logo aos seus apelos, a ansiedade surge como forma do bebê reconhecer o quão dependente estava da sua mãe e o quanto ele pode esperar para que a mãe volte a lhe atender; o bebê torna-se consciente de que há um “eu” em desenvolvimento em relação a um “não eu” com o qual se relaciona e que pode se constituir como sua mãe, seu pai, ou outra pessoa que faça parte de sua experiência subjetiva. Ele começa a tomar consciência e saber, em sua mente, o quanto sua mãe é necessária e passa a guardá-la dentro de si mesmo, como parte do seu *self* (Winnicott, 1958a). Essa desadaptação da vivência da mãe na vida do bebê é completamente saudável no que se refere ao desenvolvimento maturacional, fazendo com que ela saia do estado de preocupação materna primária, para daí ser ela mesma. Tratam-se das primeiras rupturas e frustrações pelas quais todos nós precisamos passar na vida para começarmos a estabelecer vínculos com o mundo externo, levando-nos desde cedo a um longo e vagaroso processo de integração de um “eu” unitário e, conseqüentemente, separado do nosso primeiro ambiente.

Assim, a mãe é aquela que opera o sentido de “outro” no bebê, ou seja, a percepção do “não eu” em oposição ao “eu”, ou ainda, para usar a expressão de Jam Abram, a mãe se constitui como uma “*m/other*” (mãe/outro): “A ‘mãe/outro’ em seu estado de preocupação materna primária é capaz de se adaptar às necessidades do seu bebê e assim facilitar a ilusão de que ele é todo poderoso. Essa é a experiência que se encontra no núcleo do sentido de *self*” (Abram, 2013b, p. 93)³¹. A “mãe/outro” (*m/other*), com barra e não com hífen – “m” significando mãe e “*other*” significando outro -, em nossa acepção, também é aquela que constitui no bebê o sentimento de alteridade (*otherness*) em oposição a uma “eudade” (*Iness*) (Ogden, 1996). Além disto, ela também lhe proporciona uma identidade, uma personalidade, uma corporeidade e um psiquismo (aí inclusos o ego e o *self* do bebê), possibilitados pela oferta do primeiro ambiente ou da

³¹ O neologismo “*m/other*” é praticamente intraduzível na língua portuguesa. Em seu texto, Abram (2013b) apenas o cita sem dar nenhuma definição. Resolvemos adotar a tradução mais próxima do sentido que queremos enfatizar, qual seja, a mãe como aquela que constitui o sentimento de “eu” e “não eu” no bebê, a partir do cuidado ambiental.

primeira experiência de mundo que o bebê vai encontrar através da apresentação do seio, assim como pelos outros cuidados fornecidos por ela ao longo do desenvolvimento do infante.

Se, na primeira fase do desenvolvimento, o primeiro contato que o bebê tem com o mundo externo é através da amamentação, o seio é sua representação de mundo, constituindo um processo de ilusão primária. Ou seja, nesse primeiro momento *não só o bebê é o seio, como o seio é o bebê*. A constituição ou representação de mundo, o sentido de internalidade psíquica ou interioridade, o *self* e a criatividade, serão possibilitados pelo processo de ilusão a partir do encontro com o seio materno; durante esse encontro, o bebê encontrar-se-á em um estado de onipotência primária, estabelecendo relação com objetos subjetivos criados a partir desse estado de ilusão. Lembremos que, para Freud, o bebê é considerado “sua majestade”, um “rei”, tendo à sua total disposição uma rainha – a mãe. Para Winnicott, o bebê não pertence à alta classe dos nobres da corte, e sim, ao reino dos céus, pois ele simplesmente é considerado “Deus”, tal o seu estado onipotente. Na fase seguinte, com as constantes frustrações oferecidas pelo ambiente materno, ele perde sua onipotência e passará por um longo processo de desilusão, na medida em que toma consciência que entre o mundo criado e o mundo como realmente se apresenta, há uma grande distância e que aquilo que ele criou é muito diferente daquilo que existe, existiu e ainda existirá após sua morte – aqui o bebê estabelece relações a partir dos objetos e fenômenos transicionais. (Winnicott, 1951; 1959b; 1990a; 1975; 1956d; 1950c).

A transicionalidade pode ser entendida como o momento em que toda criança vive a dificuldade de relacionar a realidade subjetiva à realidade compartilhada. Desse modo, da vigília ao sono, a criança se transporta de um mundo percebido para outro de sua própria criação, onde há vários fenômenos transicionais que são considerados territórios neutros. Aqui encontramos um paradoxo winnicotiano no qual não se aplica a pergunta se o objeto é uma parte do mundo ou se a criança o criou. Ambos são verdadeiros. “A criança o criou e o mundo o propiciou” (Winnicott, 1950c, p. 210). Desse modo, a mãe permite que a criança perca a ilusão mágica de que o mundo real é o da sua criação onipotente, quando esta lhe oferece o seio. Além disso, quando é chegada a hora de propiciar ao bebê o fenômeno da desilusão, ele pode colocar no lugar do seio outro objeto qualquer: “por meio de uma adaptação muito delicada, ela oferece seu seio, mil

vezes se preciso, no exato momento em que a criança está pronta a criar algo semelhante ao seio oferecido” (Winnicott, 1950c, p. 210).

Assim, no processo de desilusão, ao contrário do que se poderia pensar, não há nenhum componente negativo. Pelo contrário, ela faz parte do desenvolvimento emocional do bebê e é necessária para que ele estabeleça relação com os objetos externos, ou seja, com a “primeira posse não eu”, e passe a se diferenciar da mãe (Winnicott, 1951; 1959b). Portanto, o desmame tem um caráter qualitativo e positivo dentro do processo maturacional, e se não é o bebê quem o promove, a mãe/outro (*m/other*) deve tomar a iniciativa de constituir-lo na sua experiência subjetiva.

Então, qual é o melhor momento para que o desmame ocorra? Não há o melhor momento, responderia Winnicott. O desmame e o processo de desilusão devem ser construídos, mais uma vez, pela dupla mãe-bebê, de modo intuitivo e empático (Winnicott, 1945c). Eles inauguram o princípio de realidade na vida subjetiva do bebê, fazendo com que ele passe a lidar com as suas próprias necessidades e se constitua com um *self* e com um ego diferenciado do *self* e do ego da mãe, os quais lhe davam suporte.

O lactente que tinha começado a se tornar separado de sua mãe não tem meios de assumir o controle sobre todas as coisas boas que estão acontecendo. O gesto criativo, o choro e o protesto, todos esses pequenos sinais para induzir a mãe a realizar o que faz, todas essas coisas ficam faltando, porque a mãe já satisfaz as necessidades, como se o lactente estivesse ainda fundido com ela e ela com ele. Deste modo a mãe, por ser uma aparentemente boa mãe, faz pior do que castrar o lactente; este último é deixado com duas alternativas: ou ficar em um estado permanente de regressão e ficar fundido com a mãe, ou então representar uma rejeição completa da mãe, mesmo de uma mãe aparentemente boa (Winnicott, 1960e, p. 50).

Caso o bebê não possa efetuar o processo de desmame e de separação, a mãe pode dar início ao processo, mas sem constituir-lo como um trauma. Todas as formas de cuidado com o bebê dispensadas pela mãe caminham na direção de não provocar rupturas na sua relação com o infante e ela só tem condições de se orientar nesta perspectiva caso consiga se colocar no lugar do bebê. Quanto a isso, prossegue o autor:

Vemos, portanto, que na infância e no manejo dos lactentes há uma distinção muito sutil entre a compreensão da mãe das necessidades do lactente baseada na empatia, e sua mudança para uma compreensão baseada em algo no lactente ou criança pequena que indica a necessidade. Isto é especialmente

difícil para as mães por causa do fato das crianças vacilarem entre um estranho e outro; em um minuto elas estão fundidas com a mãe e requerem empatia, enquanto que no seguinte estão separadas dela, e então, se ela souber suas necessidades por antecipação, ela é perigosa, uma bruxa. É muito estranho que mães que não são nada instruídas se adaptem a estas mudanças no desenvolvimento satisfatório do lactente, e sem nenhum conhecimento de teoria (Winnicott, 1960e, p. 50-51).

É precisamente esse modo particular de a mãe se relacionar com o seu bebê que estabelece o desmame e, conseqüentemente, o processo de desilusão na vida subjetiva do bebê. No entanto, de acordo com Dias (2012), dentre os vários processos que operam na desilusão, a mãe colabora a partir da sua agressividade e da sua capacidade de odiar, ativa ou passivamente. Se ela estiver deprimida, e às vezes isso pode ocorrer na medida em que o bebê deixa de mamar no peito, ela teme que, em algum momento, seu ódio possa não estar acessível à consciência e não contribua para o processo de desilusão, do qual o desmame é apenas um aspecto. “Além de poder odiar a sobrecarga que o bebê representa, é preciso também que ela esteja em condições de enfrentar a ira ou o ódio do bebê, provocada pela desadaptação” (Dias, 2012, p. 218).

Desadaptar, para a mãe, significa, entre outras coisas, promover o desenvolvimento da personalidade do bebê em termos emocionais sem qualquer distorção. São as falhas maternas que também farão com que o bebê saiba que durante todo o tempo, ele se relacionava com um ser humano e, assim, promovem a relação de segurança e confiabilidade no infante.

Nesse estágio, o bebê adquire, como afirmamos, a capacidade de ser “um”; ele se torna uma unidade, um ser inteiro, com uma membrana limitante e dotado de um interior e um exterior. À medida que isso acontece, a criança passa a conceber a existência de um “eu” e um “não eu”, assim como a possibilidade de um sentimento de responsabilidade pela experiência instintiva e pelos conteúdos oriundos do “eu”. Trata-se de um sentimento de independência em relação ao que está fora e um reconhecimento de que há algo equivalente ao “eu” materno, implicando em senti-la como uma pessoa (*mãe/outro*). O seio, que fazia parte da realidade interna do bebê enquanto objeto bom internalizado e oriundo de sua onipotência, conseqüentemente, muda de *status*: ele passa a ser visto como parte de uma pessoa a partir do funcionamento da função intelectual (Winnicott, 1990a). Neste ponto da teoria, a onipotência, o princípio do prazer e a função

intelectual entram em operação para o estabelecimento do sentido de “eu” e “não eu”, marcas da extrema sofisticação maturacional do infante (Winnicott, 1960e).

Esse estatuto de unidade que será constituído na vida subjetiva do bebê, para Winnicott, é representado pela afirmação “Sum: eu sou” (Winnicott, 1968e, 1964c). Quando o bebê alcança esse estágio, diz o autor, ele já é capaz de representar o seu *status* unitário através de um círculo fechado, o que mostra, conforme o autor, que “a palavra ‘unidade’ não tem o menor significado a não ser na medida em que o ser humano seja uma unidade” (Winnicott, 1968e, p. 44). O estatuto de unidade deve ser compreendido como sinal de saúde no âmbito do desenvolvimento emocional de todo ser humano, possibilitando à personalidade unitária se identificar com unidades mais amplas – família, lar, casa, bairro, cidade, estado, nação. Ou seja, ela se tornará parte da vida social do indivíduo, incluindo aí a cultura, o meio social, a religião, a política, a adesão a determinadas modalidades esportivas, etc. (Safra, 2005).³²

Assim, do mesmo modo como Freud afirmou que o princípio do prazer só pode terminar quando a criança atingiu o completo desligamento psíquico dos pais, dispensando seus cuidados e constituindo em si mesma um psiquismo, na acepção de Winnicott, o cuidado materno fornecido ao lactente é quem promoverá sua unidade. A partir do momento em que dispensar os cuidados dos pais, separando-se deles psiquicamente, a criança se constituirá com um “eu”, uma unidade, uma identidade e uma personalidade próprias; para o pediatra e psicanalista britânico, isto é sinal de saúde e normalidade (Winnicott, 1960e, p. 40). Sendo assim, tudo o que for vivido durante a fase da dependência relativa prepara o terreno para o bebê chegar à terceira e última etapa do desenvolvimento emocional, “rumo à independência”.

Uma vez que tudo o que foi dito até aqui tenha acontecido na experiência subjetiva do bebê, a criança tem condições de se defrontar com o mundo em toda a sua complexidade, com um “eu”, um “dentro”, um “fora”, um ego e um *self*. A independência, sempre relativa e nunca absoluta, marca o esforço

³² Winnicott chega mesmo a dizer que o estatuto de unidade vai ser tão importante para a aquisição do conceito de “um” quanto para a aprendizagem de cálculos matemáticos. Em uma palestra proferida na Associação de Professores de Matemática em Whitelands, Putney, Londres, ele afirmou que a ideia de aritmética começa com o conceito de “um” e que isso é derivado do *self* unitário de toda criança em desenvolvimento. Noutro momento, defende que a base da divisibilidade é mais uma vez o *self* unitário, e sempre quando se ensina as crianças a somar, elas se defrontarão com o conceito de “um” (Winnicott 1968e).

da criança ao entrar na fase pré-escolar e se tornar uma pessoa completa, com um “interior” e um “exterior”, vivendo dentro de um corpo, em direção à puberdade, à adolescência e à vida adulta. Uma vez que o exterior significa “não eu”, o interior pode assumir a função de “eu” na experiência subjetiva da criança, havendo um lugar para estocar experiências as mais diversas (Winnicott, 1963b)³³. Os objetos, que na primeira fase participavam da onipotência criativa da criança a partir do fenômeno da ilusão, passam a fazer parte da realidade compartilhada. Esse momento marca ainda a possibilidade da criança povoar o mundo com amostras da sua vida interior, sendo capaz de abarcar qualquer coisa que o mundo lhe ofereça, recriando-o. Esse também é o período em que ela vai se defrontar com uma relação triádica e é o momento em que o pai passa a fazer parte do seu repertório subjetivo de modo mais profícuo, assumindo o seu papel no desenvolvimento emocional da criança. Uma vez que ela passa a estabelecer relações à três, a sexualidade e, conseqüentemente, o complexo edípico começa a se constituir na sua vida.

O pai, interiorizado nesse momento, é usado pelo menino como um protótipo da consciência na medida em que o menino perde parte da sua capacidade potencial instintiva, negando uma parte do que vinha reivindicando. O menino desloca o seu objeto de amor centrado na mãe/outro, para outras figuras femininas que estejam menos envolvida com seu pai – uma irmã, tia, avó, babá, etc. Sua potência não advém mais de si mesmo, e sim da potência que ele toma de empréstimo do seu pai por meio de uma identificação internalizada e aceita, formando um pacto homossexual com este (Winnicott, 1990a, p. 73). Isso também ocorre de modo análogo na menina. A criança, assim, estabeleceu-se como uma identidade unitária, tornando-se uma pessoa inteira pela integração dos instintos e assumindo plena responsabilidade sobre os efeitos da impulsividade instintual (Dias, 2012). O crescimento da criança começa a tomar a forma de um intercâmbio contínuo entre aquilo que chamamos de realidade interna e aquilo que chamamos de realidade externa, uma enriquecida pela outra.

A criança, nesse estado, pode gozar de saúde psíquica suficiente para enfrentar as dificuldades inerentes à vida instintiva no quadro das relações triangulares ou interpessoais. Daí Winnicott entender que só é possível a criança

³³ Na fantasia da criança é bom lembrar que a realidade pessoal psíquica está localizada no interior (Winnicott 1963b).

vivenciar o Complexo de Édipo quando ela se tornou uma pessoa total, e não antes.

É dessa forma que, pessoalmente, interpreto o Complexo de Édipo freudiano para os meninos e o que quer que lhe corresponda nas meninas (Édipo invertido, Complexo de Electra, etc.). Acredito que alguma coisa se perde quando o termo “Complexo de Édipo” é aplicado às etapas anteriores, em que só estão envolvidas duas pessoas, e a terceira pessoa ou o objeto parcial está internalizado, é um fenômeno da realidade interna. Não posso ver nenhum valor na utilização do termo “Complexo de Édipo” quando um ou mais de um dos três que formam o triângulo é um objeto parcial. No Complexo de Édipo, ao menos do meu ponto de vista, cada um dos componentes do triângulo é uma pessoa total, não apenas para o observador, mas especialmente para a própria criança (Winnicott, 1990a, p. 67).

A fase da independência marca, assim, a entrada do indivíduo na vida adulta, cuja maturidade jamais será completa. Até a adolescência, ele precisará do apoio dos pais para se desenvolver, de modo que, uma vez internalizadas as imagens paterna e materna, ele possa estabelecer relações afetivas e sexuais quando adulto e ao longo de toda a sua vida. Ser adulto, não significa que a maturidade emocional tenha sido alcançada. A vida adulta começa quando o indivíduo “encontra um lugar na sociedade através do trabalho e (...) estabelece algum padrão que seja uma conciliação entre o imitar os pais e desafiadoramente estabelecer uma identidade pessoal” (Winnicott, 1963b, p. 87). Ou então, a maturidade pode ser entendida simplesmente como sinônimo de saúde de acordo com a idade em que o indivíduo se encontra (Winnicott, 1967c), da infância à idade adulta.

O adulto sadio é maduro enquanto adulto, o que significa que já transpôs todos os estágios de imaturidade, isto é, todos os estágios maduros anteriores. O adulto maduro tem a seu dispor todos os estados passados de imaturidade, e pode fazer uso deles por necessidades, por diversão, nas experiências secretas de autoerotismo ou nos sonhos (Winnicott, 1960m, p. 129).

Em todas as fases do desenvolvimento pelas quais o indivíduo passa, a saúde emocional deverá ser uma constante, e não podemos falar em saúde emocional sem falarmos finalmente dos processos pertencentes a cada uma das fases do desenvolvimento emocional, matriz do psiquismo. Vejamos como se constitui cada processo de acordo com as formulações do autor, avançando mais uma vez para trás, para usarmos a expressão de Ferenczi.

4.4

Os processos do desenvolvimento e a matriz da mente

“*O desenvolvimento emocional primitivo*” é um dos textos seminais no qual Winnicott expõe sua grande contribuição à teoria psicanalítica. Interessado principalmente no estudo das psicoses durante o tempo em que analisou pacientes com este tipo de sofrimento, ele verificou o quão regredido esses pacientes podiam se encontrar e o quanto necessitavam de um ambiente acolhedor semelhante àquele com o qual a criança se depara na primeira etapa do seu desenvolvimento. Isso o levou a compreender as mais primitivas relações no curso do desenvolvimento emocional, correlacionando-as com mudanças no mundo interno e nas experiências pulsionais desse tipo de paciente (Winnicott, 1945a).

Este estudo serviu não só para compreensão da psicose, como também para compreender os processos pelos quais todo bebê passa no curso do seu desenvolvimento. Se, para o autor, a natureza humana consiste essencialmente em uma tendência inata à integração, e se, no início do desenvolvimento maturacional, a mãe tem que atender às necessidades do bebê, essas necessidades não se restringem apenas à fisicalidade dos corpos ou ao funcionamento orgânico, mas ao desenvolvimento através do silencioso processo maturacional afetivo do indivíduo, constituído por: a) integração egóica; b) o alojamento da psique ao soma, que reflete o efeito bem sucedido do processo de personalização, constituído através do toque materno no decorrer da fase do *holding* e c) a constituição do *self* em contato com a realidade externa a partir da apresentação dos objetos (Lejarraga, 2012; Abram, 2000; Dias, 2011). Esses processos não se constituem separadamente; uns se sobrepõem aos outros na medida em que o desenvolvimento do bebê se constitui como um *continuum* no tempo e no espaço.

Desde sua condição de recém-chegado ao mundo, o bebê winnicottiano nasce não integrado. A integração é uma aquisição básica que vai sendo promovida aos poucos, na medida em que reúne um conjunto de experiências que são fornecidas pelo ambiente materno de modo a crescer, integrar-se e relacionar-se com os objetos, incrementando o processo maturacional e conquistando uma unidade como sinônimo de saúde emocional (Winnicott, 1968e).

Essa conquista advém de um ser que nasce e emerge de um estado de total solidão que será ultrapassada na medida em que o processo maturacional se constitui na vida do bebê. Ora, o bebê, desde os primeiros minutos, conforme já afirmamos, não tem a experiência do ar em seus pulmões, não tem registro da luminosidade do ambiente externo ao útero, não tem sensação da gravidade que o puxa para baixo, nem a sensação da propriocepção de um outro corpo tocando o seu. Ao passo que esses primeiros processos começam a se constituir na sua vida, o bebê também vai experimentar sensações de fome, sono, dor ou prazer que não existiam na vida intrauterina. A partir de cada nova experiência nos primeiros instantes de vida, novas conexões sobre esses registros passarão a se formar em sua mente, de modo a constituir um registro único sobre as experiências. Dito de outro modo, o conjunto de experiências pelas quais o bebê passará vai formar, na acepção de Freud, um conjunto de traços mnêmicos, registros muito primitivos aos quais ele poderá ou não ter acesso na vida adulta a partir do sistema de percepção e memória, mas que é fundamental no seu desenvolvimento. Na acepção de Winnicott, esse conjunto de experiências constituirá uma memória corporal, seja ela uma boa ou má experiência, delimitando um prazer ou um desprazer, a partir do cuidado ambiental fornecido ao infante. Isto fez com que Winnicott afirmasse que o bebê só pode “começar a ser” sob certas condições favoráveis durante processo maturacional. Poderíamos afirmar que o bebê não começa a desenvolver uma mente e um psiquismo se o conjunto de experiências fornecido pelo ambiente materno não atender às suas necessidades em desenvolvimento de modo suficientemente bom.

Somente a partir de um estado não integrado é que se produz uma integração, e esta se dá em momentos curtos ou em breves períodos de tempo, até que a integração se torne um fato na vida do bebê. Como o bebê nunca passou por determinadas experiências em sua vida, a integração está subsumida a fatores internos tais como a exigência instintiva ou a expressão da agressividade (experiência motora) do bebê, cada uma delas contribui como força aglutinadora do seu *self*. Só assim a consciência se torna possível, ou seja, somente a partir das experiências pelas quais o bebê passa é possível uma integração de modo a constituir um *self*, primeiro passo para a formação do psiquismo no bebê e de uma matriz da mente. Conforme enfatizamos, todas as experiências passadas pelo bebê são provenientes do cuidado ambiental e, como ele ainda não reuniu esse conjunto

de experiências em sua mente, o bebê sente como se estivesse se desmanchando em pedaços. Daí a necessidade do cuidado ambiental para reuni-lo em uma totalidade, integrando cuidado físico e cuidado psicológico numa única experiência de vida (Winnicott, 1990a, 136-137).

Tomemos o caso da amamentação. Assim que o bebê nasce, ele não sabe que o incômodo que sente e que é oriundo de algum lugar no seu corpo pode ser causado pela fome. Como nunca passou por esta experiência, ele não tem como saber – ou seja, ele não tem como ter consciência - se o que sente é fome, cólica, desconforto ou outra coisa qualquer. Mas essa sensação tem seu limiar: o bebê tem um tempo limite para suportar a sensação de desconforto corporal até que possa ser atendido pela mãe que lhe oferece o seio (ou uma mamadeira), colocando-o exatamente ali onde o bebê precisa para que ele possa criá-lo. À medida que a mãe coloca o mamilo na boca do bebê, a experiência instintiva, pertencente a todo o bebê, faz com que a primeira mamada se dê enquanto experiência subjetiva – ele tem sua primeira experiência real com o mundo externo. O bebê retém essa experiência na sua memória, bem como no seu corpo, de modo a representá-la através de um conjunto de mamadas que ele experimentará nos primeiros dias ou semanas de vida, constituindo assim a sua “primeira mamada teórica”. Na medida em que a mãe lhe fornece o seio, o potencial criativo, através do processo de ilusão, começa a operar na mente do bebê, integrando a experiência da mamada à sua representação de mundo, o que muito posteriormente fará parte da constituição do seu mundo interno e do seu *self*. A primeira mamada teórica também é a primeira experiência de alimentação que o bebê vai ter na vida, mas também é tanto uma experiência real quanto um acontecimento que se dará a partir da construção de um evento. Cito Winnicott:

A primeira mamada teórica é representada na vida real pela soma das experiências iniciais de muitas mamadas. Após a primeira mamada teórica, o bebê começa a ter material com o qual criar. É possível dizer que aos poucos o bebê se torna capaz de alucinar o mamilo no momento em que a mãe está pronta para oferecê-lo. *As memórias são construídas a partir de inúmeras impressões sensoriais, associadas à atividade da amamentação e ao encontro do objeto.* No decorrer do tempo, surge um estado no qual o bebê sente confiança em que o objeto do desejo pode ser encontrado, e isto significa que o bebê gradualmente passa a tolerar a ausência do objeto. Desta forma inicia-se no bebê a concepção da realidade externa, um lugar de onde os objetos aparecem e no qual eles desaparecem. Através da magia do desejo, podemos dizer que o bebê tem a ilusão de possuir uma força criativa mágica, e a onipotência existe como um fato, através da sensível adaptação

da mãe. O reconhecimento gradual que o bebê faz da ausência de controle mágico sobre a realidade externa tem como base a onipotência inicial transformadora em fato pela técnica adaptativa da mãe [itálicos nossos] (Winnicott, 1990a, p. 126).

Toda essa experiência é sentida no nível pré-verbal e pré-representacional, ou seja, sem que a linguagem faça parte dela. O bebê não tem consciência de que a dor que sente é resultante da fome. A mãe, no conjunto de experiências de maternagem, através da amamentação, vai construindo na mente do bebê a experiência da fome. Só a partir do momento em que a linguagem vem fazer parte do seu repertório subjetivo é que ele poderá associar a dor advinda do seu corpo com a fome, na medida em que a mãe ensina-lhe o que é “sentir fome” e o que é “estar alimentado”, seja a experiência de amamentação boa ou má. É preciso que se compreenda, ainda, que a primeira mamada não pode ser significativa em termos de experiência emocional, pois o bebê não teve outras mamadas anteriores para fazer julgamentos de qualquer espécie. As futuras experiências de alimentação que acontecerão na vida do bebê serão advindas dessa primeira mamada, e, se mal conduzidas, ocasionarão problemas na continuidade do desenvolvimento emocional do bebê. Caso tudo ocorra bem, ele terá a oportunidade de um encontro com um outro ser humano, através da mãe/outro.

Aqui, estão reunidos, numa única experiência, o sentimento de ser carregado e sustentado pela mãe-ambiente (*holding*); o toque materno em toda a superfície da pele do bebê, acionando a sua propriocepção através do envelope corpóreo – além do manejo (*handling*) desse corpo nos cuidados de limpeza, carinho, banho, etc.³⁴; a sensação de segurança que advém da experiência da amamentação; o sentido de confiabilidade, que se constitui no vínculo materno com o bebê; a experiência de ser amado além de ser amamentado pela mãe – aqui vemos o amor expresso através da amamentação e dos cuidados dispensados por

³⁴ De acordo com Winnicott, o termo *holding* “é usado não apenas para o segurar físico do bebê mas também a provisão ambiental total anterior ao conceito de *viver com*. Refere-se à relação espacial ou em três dimensões com o fator tempo gradualmente adicionado na dinâmica mãe-bebê e é iniciado antes das experiências instintivas que determinam as relações objetais. Inclui ainda a elaboração de experiências que são inerentes à existência, tais como o *completar* (e portanto o *não completar*) de processos, que de fora podem parecer puramente fisiológicos, mas que fazem parte da psicologia da criança e ocorrem em um campo psicológico complexo, determinados pela percepção e pela empatia materna. A expressão “viver com” implica em relações objetais, e a emergência do lactente do estado de estar fundido com a mãe, (...) e sua percepção dos objetos como externos a ele próprio” [itálicos do autor] (Winnicott, 1960e, p. 44).

ela; a constituição da ilusão e da onipotência do bebê ao criar o mundo a partir dessa experiência de amamentação, na medida em que a mãe fornece o seio no exato momento em que o bebê está pronto para criá-lo; o sentimento de estar sendo reunido em pedaços nos braços e no corpo da mãe, pela sensação de não integração ao mesmo tempo em que sensações das mais diversas tais como o cheiro, o calor e o gosto do corpo materno são reunidos em uma única experiência; o início de uma comunicação não verbal entre a mãe e o bebê a partir do reconhecimento do ritmo dos batimentos cardíacos e do desenvolvimento das forças instintivas oriundas do *id* e do ego que atuam na constituição psíquica do bebê. Tudo isto reunido em uma única experiência que faz parte da integração (Winnicott, 1945a; 1948a; 1949b; 1956c; 1957d; 1958d; 1960e; 1960k; 1962a; 1962c; 1965b; 1966b; 1990).

Todos esses desenvolvimentos fazem parte da condição ambiental do *holding*, e sem o *holding* suficientemente bom esses estágios não podem ser alcançados, ou uma vez alcançados não podem ser mantidos. Um desenvolvimento adicional é a capacidade para relações objetais. Aí o lactente muda de um relacionamento com objeto subjetivamente concebido para uma relação com um objeto objetivamente percebido. Essa mudança está intimamente ligada com a mudança do lactente de ser fundido com a mãe para ser separado dela, se relacionando a ela como separada e como “não eu” [*mãe/outro*] Esse desenvolvimento não está especificamente relacionado ao *holding*, mas se relaciona à fase do “viver com” [itálicos e aspas do autor, acréscimo nosso] (Winnicott, 1960e, p. 45).

Durante a fase de *holding* e da dependência absoluta, o bebê passa por algumas experiências no âmbito do desenvolvimento, tais como a prevalência do processo primário, a identificação primária, o autoerotismo e o narcisismo primário, as quais se constituem como realidades vivas. O que é importante ressaltar nesta fase é a passagem do ego de um estado não integrado para um estado integrado, fazendo com que o bebê passe a experimentar a ansiedade associada à desintegração, refazendo o percurso durante seu desenvolvimento. Ou seja, a experiência de estados integrados e não integrados vai depender dos cuidados maternos fornecidos ao infante ou, do ponto de vista do bebê, da rememoração do cuidado materno que já foi experimentado em algum ponto depois do nascimento. Desse modo o bebê passa a se sentir integrado no tempo, no espaço e em seu próprio corpo (Winnicott, 1960e, p. 44)³⁵.

³⁵ Tomemos agora um outro exemplo, como o sono. De acordo com Winnicott, determinadas perturbações do sono podem ser associadas a ansiedades ligadas diretamente a fracassos

O *holding* protege o bebê da agressão fisiológica, levando em conta a sua sensibilidade cutânea no que se refere ao tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual e ação da gravidade, assim como a falta de conhecimento do latente de tudo aquilo que não seja ele mesmo. Além disso, inclui ainda a rotina completa do cuidado dia e noite em termos fisiológicos – amamentação, alimentação, digestão, excreção, sono, banho, troca de fraldas e demais cuidados com a saúde do bebê - e psicológicos – a forma como os pais se dirigem, conversam ou falam com o bebê, os momentos em que ele é segurado no braço, a forma como é tocado e como os sentimentos dos pais são dirigidos a ele. (Winnicott, 1960e, p. 48).

Assim, a integração é o principal aspecto desse desenvolvimento no qual “as forças do *id* clamam por atenção” (Winnicott, 1960e, p. 41). As forças que controlam tanto o *id* quanto o ego na constituição psíquica do bebê, de início, são uma conquista do desenvolvimento emocional normal na infância, determinando a forma como o bebê vai lidar com as falhas ambientais pelas quais irá passar ao longo do primeiro período do desenvolvimento emocional. Aquilo que faz com que as forças que controlam o *id* se sustentem no ego é o cuidado ambiental fornecido pela mãe e a maneira pela qual a mãe empresta o seu próprio ego para o bebê a fim de que ele se desenvolva forte e estável (Winnicott, 1960e, p. 41).

Desse modo, o que vamos perceber é que o bebê vai passar, ao longo do primeiro ano de vida, e daí para o resto da vida, por momentos de integração, não integração, voltando a se sentir integrado a cada vez que uma necessidade física ou emocional for atendida pelo ambiente materno. A cada vez que o bebê se constituir como não integrado, surgirá um estado excitado correspondente, ao passo que, cada vez que ele tiver uma necessidade atendida pelo ambiente materno, corresponderá a um estado de não excitação. A emergência de um estado

ambientais sob a forma de *holding*: “a chave para perturbações do sono é a ansiedade. A criança tem sonhos intoleráveis que provocam o alívio de um despertador, ou então existe o medo de dormir em virtude dos sonhos, ou constituem uma ameaça; ou sensações físicas muito assustadoras acompanham o estado de sono ou a fase crepuscular antes do sono, sensações que são na verdade memórias corporais de experiências passadas, datando talvez do período inicial e de fracassos específicos da sustentação (*holding*) que acompanham o cuidado suficientemente bom; ou há problemas muito reais na transição do estado de vigília para o de sonho, problemas que são comumente resolvidos pelo uso de um objeto ou técnica pessoal conhecida (tal como chupar o dedo e suas elaborações) que fazem a criança atravessar este momento perigoso em que o espaço de tempo pode ser tão facilmente preenchido com fenômenos alucinatórios” (Winnicott, 1968h, p. 61-62).

excitado é oriunda de um impulso apoiado quase sempre no *id*. Ou seja, toda vez que o bebê sente uma excitação iminente, essa advém das forças que operam no instinto do bebê. Essa excitação, logo se desenvolve a partir de uma tensão que passa, na sequência, a uma urgência cujo referente corpóreo é um impulso motor – o bebê grita, se debate, esperneia, chora, se desespera, se desintegra. Como não sabe do que se trata nessa excitação oriunda do seu próprio corpo, ele não tem como lidar com ela já que também não dispõe dos meios através dos quais possa se relacionar tanto em termos de objetos internos quanto de objetos externos. A calma só virá se a mãe suficientemente boa (*la mer*) for capaz de fornecer a provisão do cuidado ambiental necessário (*la mère*) para que ele volte a se sentir integrado e, conseqüentemente, relaxado e tranquilo. Assim, durante o primeiro ano de vida, o bebê passa por estados tranquilos e excitados, do mesmo modo que ele passa por estados integrados e não integrados.

Tomemos mais uma vez o exemplo da fome e da amamentação. A primeira experiência do bebê com relação à fome surge no decorrer de um sentimento de não integração. A excitação física ou corporal vem em sequência. O bebê chora, grita, esperneia, mexe as pernas, se debate; na verdade ele se despedaça cada vez que irrompe aquela sensação que ele desconhece e com a qual não tem como lidar. Mas o bebê não tem toda a vida para suportar aquela sensação. Ele tem um tempo “x” para suportar o despedaçamento da dor que o toma e a mãe-ambiente deve ir ao seu encontro dentro desse limiar de tempo “x”. Se ela se antecipa ao tempo de excitação e não integração do bebê, ou se ela vem ao seu encontro no tempo “x + y + z” - considerando “y” o tempo da mãe e “z” o tempo para além do limite do bebê, portanto, além do seu limiar - o encontro não se sustenta.

O sentimento de que a mãe existe dura x minutos. Se a mãe ficar distante mais do que x minutos, então a *imago* se esmaece e, juntamente com ela, cessa a capacidade do bebê utilizar o símbolo da união. O bebê fica aflito, mas essa aflição é logo corrigida, pois a mãe retorna em x + y minutos. Em x + y minutos, o bebê não se alterou. Em x + y + z minutos, o bebê ficou traumatizado. Em x + y + z minutos, o retorno da mãe não corrige o estado alterado do bebê. O trauma implica que o bebê experimenta uma ruptura na continuidade da vida, de modo que defesas primitivas agora se organizam contra a repetição da ‘ansiedade impensável’ ou contra o retorno do agudo estado confusional próprio da desintegração da estrutura nascente do ego (Winnicott, 1967g, p. 135-136).

A mãe deve saber o que está acontecendo antes do bebê, de modo a vir ao seu encontro no tempo certo, nem mais, nem menos (Winnicott, 1945a; 1990). Muitas vezes, há casos em que o próprio corpo materno já se antecipa à fome do bebê – momento representado pelo excesso de leite que transborda no seio momentos antes do bebê começar a sua sinfonia de choro e o seu balé de pernas e braços. O mesmo pode acontecer em relação ao sono, ao calor, ao frio, à dor ou a qualquer outra experiência subjetiva pela qual o bebê venha a passar. Na verdade, o bebê está em busca de um gesto espontâneo que atenda às suas necessidades procurando “encontrar algo em algum lugar, mas sem saber o quê” (Winnicott, 1990a, p. 120).

Conforme nos lembra Dias (2012), os impulsos que levam o bebê à excitação provêm de duas fontes: a instintualidade e a motilidade, constitutivas do estar vivo do bebê. A primeira faz parte do campo no qual a sexualidade será desenvolvida durante o processo maturacional. A segunda, presente desde o início da vida no útero e na qual a sexualidade também se origina, é constitutiva das raízes da agressividade do bebê. Para Winnicott,

o instinto é o termo pelo qual se denominam poderosas forças biológicas que vêm e voltam na vida do bebê ou da criança, e que exigem ação. A excitação do instinto leva a criança, assim como a qualquer animal, a preparar-se para a satisfação quando o mesmo alcança seu estágio de máxima exigência. Se a satisfação é encontrada no momento culminante da exigência, surge a recompensa do prazer e também o alívio temporário do instinto. A satisfação incompleta ou mal sincronizada acarreta alívio incompleto, desconforto, e a ausência de um período de descanso muito necessário entre duas ondas de exigência (Winnicott, 1990a, p. 57).

Vejam que Winnicott utiliza-se da palavra instinto, e não pulsão, conforme a psicanálise clássica. Isso faz toda a diferença. Primeiro porque, uma vez que o autor compreende o animal humano como tendo necessidades, essas devem ser atendidas para daí advir o desejo. O instinto, portanto, faz parte do corpo biológico de todo ser vivo, seja humano ou animal, e não determina apenas o primeiro. Em segundo lugar, o instinto, uma vez que é da natureza biológica, contribui para constituir na vida do bebê a sua imagem corporal a partir da elaboração imaginativa das funções corporais. Por fim, advém da capacidade do bebê em demonstrar que está susceptível às suas próprias necessidades. Malgrado Freud tenha afirmado que o ego é eminentemente corporal, os instintos falam das necessidades corporais do bebê; só após a mãe atender suas necessidades o bebê

poderá integrar, na sua vida e em seu próprio corpo, todas as experiências pelas quais passará. Assim, o que antes era da ordem de necessidades, agora pode advir sob a forma de desejo na experiência subjetiva da criança em desenvolvimento. De acordo com Winnicott, a base da integração diz respeito à ligação das experiências funcionais motoras e sensoriais com o estado no qual o lactente está em vias de se constituir cada vez mais como uma pessoa, uma unidade com um *self*, um ego e um “eu” com uma membrana limitante, equacionada pela superfície da pele, a qual delimita uma posição entre o “eu” e “não eu”, constituindo um interior, um exterior e uma imagem corporal (Winnicott, 1960e, p. 45). Já no final da vida, em seu texto “*Sobre as bases para o self no corpo*”, datado de 1970, Winnicott faz uma nítida distinção entre “*self*”, “eu” e “ego”:

Para mim, o *self* que não é o ego, é a pessoa que é eu, que é apenas eu, que possui uma totalidade baseada no funcionamento do processo de maturação. Ao mesmo tempo, o *self* tem partes e, na realidade, é constituído dessas partes. Elas se aglutinam desde uma direção interior para o exterior no curso do funcionamento do processo maturacional, ajudando como deve ser (maximamente no começo) pelo meio ambiente humano que sustenta e maneja e, por uma maneira viva, facilita. O *self* se descobre naturalmente localizado no corpo, mas pode, em certas circunstâncias, dissociar-se do último, ou este dele. O *self* se reconhece essencialmente nos olhos e na expressão facial da mãe e no espelho que pode vir a representar o rosto da mãe. O *self* acaba por chegar a um relacionamento significativo entre a criança e a soma das identificações que (após suficiente incorporação e introjeção de representações mentais) se organiza sob a forma de uma realidade psíquica interna viva” (Winnicott, 1970c, p. 210).

No que se refere a sua definição de ego, Winnicott não é muito claro quanto ao que entende pelo conceito. De maneira geral, o uso da palavra ego se refere a alguns aspectos do verdadeiro e do falso *self*, assim como ao psique-soma. O ego é responsável por recolher as experiências internas e externas que são vividas no mundo interno do bebê, de modo a organizá-las, mas apenas a partir da mãe-suficientemente-boia que empresta o seu ego para formação do ego do bebê durante a fase da dependência absoluta (Abram, 2000).

Por fim, Winnicott discute o conceito de “eu” a partir do processo de integração no desenvolvimento do infante:

A integração está intimamente ligada à função ambiental de *holding*. O objetivo da integração é a unidade. Inicialmente existe o ‘eu’, de que faz parte ‘tudo aquilo que não é eu’. Posteriormente temos o ‘eu sou’, eu existo, eu reúno experiências e me enriqueço, tendo uma interação introjetiva e projetiva com o ‘não eu’, o mundo real da realidade fragmentada’. Acrescente-se a isso: ‘eu só existo porque sou visto e compreendido por

alguém'; e mais ainda: 'eu retorno (como um rosto visto em um espelho) ao fato de que preciso ser reconhecido como um ser'. Em circunstâncias favoráveis, a pele transforma-se no limite entre o eu e o não eu. Dizendo de outra forma, a psique passa a habitar o soma, dando início a toda uma vida psicossomática (Winnicott, 1962a, p. 60).

O psicanalista Gilberto Safra corrobora o pensamento de Winnicott ao retomar a diferença entre *self*, ego e “eu” na organização psíquica do indivíduo. Para o autor, o *self* é uma organização dinâmica que “possibilita a um indivíduo ser uma pessoa e ser ele mesmo” (Safra, 2005, p. 39). Ele deve ser entendido como uma organização que ocorre durante o processo maturacional através dos cuidados ambientais fornecidos pela mãe como o primeiro ambiente humano, e a cada etapa desse processo ocorre uma integração mais ampla decorrente das novas experiências pelas quais o bebê passa no curso do desenvolvimento. O “eu”, prossegue o autor, é um campo representacional que possibilita ao bebê a constituição de uma identidade nas dimensões espaço-temporal. O ego, por fim, é uma instância intrapsíquica de caráter funcional que articula as demandas do *id*, do superego e da realidade compartilhada. O *self*, portanto, aglutina tanto o ego quanto o “eu” na experiência subjetiva do bebê. Ele é a totalidade da qual o nosso psiquismo é constituído, incluindo aí o inconsciente, o pré-consciente e o consciente, e todos os impulsos originários do *id*.

Mas onde se localiza o *self*? Ora, pela sua própria definição, a localização do *self* encontra-se no próprio corpo a partir do que Winnicott chamou de personalização, o segundo processo no curso do desenvolvimento emocional (Winnicott, 1945a)³⁶.

A personalização refere-se a uma integração do tipo mente-corpo, ou, dito em termos winnicottianos, da capacidade que o bebê tem de habitar o próprio corpo a partir da elaboração imaginativa dos elementos, sentimentos e funções somáticas, conquistada pela provisão ambiental às suas necessidades.

De acordo com o autor, a tendência a integrar é suportada por dois conjuntos de experiências, a saber, a técnica do cuidado infantil proporcionado pela mãe ambiente, a qual é constituída não só pela alimentação do bebê, mas também por meio do controle de sua temperatura, da forma como ele é tocado quando é banhado, limpo, vestido e embalado; e as experiências pulsionais

³⁶A localização do *self* no próprio corpo também é defendida por autores da psicologia do desenvolvimento infantil, a exemplo de Rochat (2004, 2009, 2012).

oriundas do corpo infantil que tendem a fazer da personalidade, sua identidade e sua imagem próprias, a partir das funções corporais (Winnicott, 1945a). As primeiras horas após o nascimento são importantes na medida em que definem a forma como o bebê experimentará as primeiras relações com o mundo externo no que se refere ao cuidado ambiental, motivo este que faz com que Winnicott afirme que o bebê já estabelece algumas integrações nas primeiras vinte e quatro horas de vida.

Com a constituição do “eu”, a criança pode começar a estabelecer relações com os objetos que se constituirão a partir da sua entrada no período da independência, compartilhando esses objetos com a realidade externa, terceiro e último processo do desenvolvimento emocional primitivo. Os objetos que antes faziam parte do período da transicionalidade, constituindo-se como objetos transicionais, passam agora a se constituir como objetos objetivamente percebidos, em oposição aos objetos subjetivos da onipotência primária na primeira fase do seu desenvolvimento. É nesse instante que o bebê pode povoar o mundo com parte do seu mundo interno, estabelecendo relações com a realidade compartilhada de maneira saudável.

O indivíduo saudável, portanto, habita o seu próprio corpo e é capaz de sentir que o mundo é real se, e somente se, ele conseguir ter a experiência de que está dentro do seu próprio corpo a partir das experiências pulsionais e das repetidas e tranquilas experiências oriundas do cuidado corporal que constroem a personalização satisfatória (Winnicott, 1945a). Para que esse sentimento faça parte da sua experiência subjetiva o bebê precisa do cuidado materno.

Winnicott não recorre ao dualismo cartesiano para explorar a constituição da mente e sua relação com o corpo. Para ele, não há uma cisão entre o mental e o físico. Sua visão da constituição psíquica caminha noutra direção. Segundo Winnicott, a psique é a responsável pela elaboração imaginativa dos elementos, sentimentos e funções corporais – ou, dito de outro modo, a experiência física - na medida em que o corpo do bebê vai integrando passo a passo todas as experiências pelas quais tem oportunidade de ser submetido ao longo do seu desenvolvimento. Muitas vezes essa instância se apresenta sob a forma de fantasia, realidade interna ou simplesmente *self*. Portanto, psique e soma habitam o mesmo espaço no qual se dá o reconhecimento de que se tem um corpo e de que este corpo se constitui a partir de necessidades e funções corpóreas. O

psique-soma, conforme o autor, também é responsável pela construção da imagem corporal, muito embora o autor não faça uso desse termo ao longo de sua obra.

O termo que Winnicott usa é “esquema corporal” (“*body scheme*”). Acreditamos que o termo está equivocado. De acordo com a teoria do desenvolvimento emocional e a partir da provisão ambiental pela mãe, o bebê passa por estados integrados e não integrados a partir do momento em que produz uma elaboração imaginativa das suas funções corpóreas. Ou seja, ele constitui na própria experiência, à medida que as necessidades corporais vão sendo atendidas, um sentido de corpo ou uma consciência de que tem um corpo próprio. Portanto, não é um esquema que aí se constitui, principalmente quando o autor chama a atenção para a constituição da membrana limitante – a pele ou a superfície corpórea, com a qual o bebê passa a compreender que tem um interior e um exterior. O termo “esquema corporal” foi muito usado inadvertidamente nos anos 40, quando o correto deveria ser “imagem corporal”. Winnicott fez uso, em outros momentos, do mesmo termo na exposição do desenvolvimento emocional primitivo (Winnicott, 1945a; 1949b; 1960e; 1990a) sem se dar conta de que “imagem” e “esquema corporal” são conceitos completamente distintos³⁷.

Quando o psique-soma, ou imagem corporal, atravessa estágios mais antigos do indivíduo, a mente ainda não pode surgir na forma como a concebemos – uma instância onde há projeções e introjeções acerca do mundo, de si e do outro, povoada de imaginações, fantasias, sonhos e desejos. Para que tais funções se exerçam é necessário que haja também um cérebro suficientemente bom, pois a psique depende eminentemente do funcionamento cerebral, muito embora ela não esteja localizada na cabeça (Winnicott, 1990a, 1949b). A mente, assim descrita, não existe como uma entidade; ela se constitui no desenvolvimento do indivíduo a partir das suas funções intelectuais e não participa do sentimento de *self*. Por outro lado, a psique e o soma não são entidades totalmente distintas, elas estão ligadas e se constituem juntas a partir de um corpo vivo (*lived body*). Só podemos considerar uma sem a outra a partir do ponto de vista do observador.

Assim, podemos afirmar que é a partir dos cuidados ambientais fornecidos pela mãe que uma nova entidade é criada tanto por ela quanto pelo

³⁷ Para uma distinção entre “imagem corporal” e “esquema corporal”, remetemos o leitor aos seguintes textos: Silva (2013; 2011a; 2011b), Costa (2004a; 2004b), Gallagher (1986). Para uma discussão do tema na teoria winnicottiana, ver ainda Naffah Neto (2012).

bebê, qual seja, uma entidade psicológica, matriz da mente. De acordo com Ogden (2013b), o desenvolvimento psicológico não começa com a descoberta de um conjunto de funções psicológicas pré-determinadas biologicamente pelo bebê que experiencia uma ansiedade, e sim a partir de centros de desenvolvimento precoces em torno da provisão ambiental inicial da mãe e da ilusão do objeto subjetivo, ou seja, da percepção de que a realidade interna e a realidade externa são a mesma coisa. A mãe é aquela capaz, em seu estado de preocupação materna primária, de fornecer ao bebê o que ele precisa, da maneira que ele precisa, quando ele precisa, como se tivesse criado o objeto (Ogden, 2013b, p. 49-50). Por isso afirmamos, junto com Winnicott, que, antes mesmo que haja pulsões oriundas do corpo biológico do bebê, há o desenvolvimento de necessidades que se transformarão em desejos apenas a partir dos cuidados ambientais (“*mothering*”) fornecidos pela mãe. Esta deve, desde o início, encontrar as necessidades do bebê de modo a protegê-lo do conhecimento prematuro de separação, satisfazendo suas necessidades pelo seu entusiasmo ao permitir que ele desenvolva o desejo através da experiência de necessidades não satisfeitas parcialmente (Ogden, 2013b, p. 51).

A criação da mente inconsciente (e, portanto, de uma mente consciente) torna-se possível e necessária apenas em face do desejo em conflito, o que leva à necessidade de negar e ainda preservar aspectos da experiência, ou seja, a necessidade de manter dois modos diferentes de viver o mesmo evento psicológico simultaneamente. Dito de outro modo, isto significa que a própria existência da diferenciação da mente consciente e inconsciente decorre de “um conflito entre o desejo de sentir / pensar / ser de formas específicas, e o desejo de não sentir / pensar / ser nessas formas” (Ogden, 2013b, p. 52). Portanto, desde o útero e até o primeiro ano de vida, a consciência da mãe como um objeto externo e como um outro (mãe/outro) vai sendo desenvolvida pelo bebê pouco a pouco, a partir do momento em que ele tem suas necessidades atendidas pela mãe, e à medida em que ele vai estabelecendo relações com o mundo externo, primeiro sob forma da ilusão e da onipotência primárias, depois a partir da transicionalidade e, por fim, quando ele passa a se relacionar com objetos objetivamente percebidos.

É nesse sentido que Winnicott, com a teoria do desenvolvimento emocional, funda três grandes matrizes: a primeira, definida por Abram (2013b), uma matriz teórica que envolve três fases do percurso do autor: o ambiente individual (*the environment-individual set-up*), as teorias de que tratam os

fenômenos transicionais e, por fim, a fase representada pelo uso de um objeto. Todas essas fases representam a matriz de um pensamento psicanalítico a partir das suas investigações e descobertas sobre a importância do ambiente materno no desenvolvimento do bebê.

A segunda matriz é defendida por Ogden (1992, 2013a) ao afirmar que Winnicott, com a teoria do desenvolvimento emocional primitivo e pautado eminentemente nos cuidados ambientais, funda uma matriz da mente no bebê, ou seja, um psiquismo, e, portanto, o que Freud veio a definir como o inconsciente. De acordo com o autor:

A palavra "matriz" é derivada da palavra latina para o útero. Embora Winnicott tenha usado apenas uma vez a palavra "matriz" em seu trabalho escrito (quando ele se referiu a relação do ego como a "matriz de transferência"), parece-me que a matriz é uma palavra particularmente apta para descrever o *silêncio ativo contido no espaço em que ocorrem as experiências psicológica e física* [psychological and bodily experience] [acréscimo e itálicos nossos] (Ogden, 2013a, p. 68).

Acreditamos que Ogden se equivoca quanto ao uso da palavra “matriz” por Winnicott. No texto “*A integração do ego no desenvolvimento da criança*” (Winnicott, 1962a, p. 56), o pediatra e psicanalista inglês refere-se a uma “matriz do relacionamento mãe-filho” (*matrix of the infant-mother relationship*) a partir dos cuidados maternos: “Em minha terminologia, a mãe suficientemente boa é aquela que é capaz de satisfazer as necessidades do infante, e satisfazê-las tão bem que a criança, na sua saída da matriz do relacionamento mãe-filho, é capaz de ter uma breve *experiência de onipotência*” [itálicos do autor]. Portanto, a “matriz” (*matrix*) já fazia parte do vocabulário psicanalítico de Winnicott na década de sessenta para definir a relação da mãe com o bebê, uma relação cuja comunicação se daria eminentemente sob forma de comunicação não verbal e constituindo o inconsciente do bebê.

A terceira matriz, a do inconsciente não verbal, em nossa acepção, constitui-se a partir da matriz do relacionamento mãe-bebê, no qual se percebe a ênfase dada pelo autor aos cuidados ambientais e ao atendimento às necessidades do bebê. Os conteúdos psicológicos de uma criança só podem ser entendidos a partir do momento em que há uma matriz psicológica em formação. De acordo com Ogden, essa matriz é o lugar fornecido pela mãe a partir da sua relação com o bebê, sob a forma de *holding*, *handling* e todos os cuidados ambientais

dispensados a ele. Essa concepção também é defendida por Golse, quando este afirma:

Admite-se cada vez mais que, para o bebê, a interiorização do *holding*, do *handling*, da voz e dos ritmos maternos acontece bem antes da instauração para ele do objeto como tal. Por outro lado, é possível que esse processo se inicie desde o período intrauterino durante o qual o feto percebe (e integra?) certo número de ruídos provenientes do interior do corpo materno (batimentos cardíacos e aórticos, ruídos digestivos), certo número de fenômenos mais ou menos ritmados (contrações parietais, pressões transparietais), e até mesmo um certo número de fenômenos que emanam do ambiente externo próximo à mãe (a voz humana [do pai], por exemplo). É provável que todas essas interações entre o feto e a mãe constituam os alicerces (no sentido arquitetônico do termo) do futuro sistema interativo que será instaurado após o nascimento e que, também ele, centrar-se-á na noção de continentes (Golse, 1999, p. 82).

Dito de outro modo, a mãe sob a forma de mãe-ambiente e posteriormente de mãe-objeto, fornece o espaço mental em que o lactente começa a construir as suas primeiras experiências. Para Winnicott, a matriz biológica da criança, centrada nas necessidades corporais e emocionais, interpenetra na matriz materna, pois, para o bebê, a mãe é o continente (*la mer*) a partir do qual ele se constitui com um *self*, um ego, um corpo, uma mente e, conseqüentemente, um psiquismo. Como disse o próprio Freud, o cuidado posterior das crianças se constitui a partir do cuidado do bebê, no qual o predomínio do prazer só pode se constituir quando a criança conseguir se desligar psiquicamente dos seus pais. Aqui já há um psiquismo e só a partir de então o inconsciente pode emergir, não antes. Na acepção de Winnicott, só podemos falar de um inconsciente na criança a partir do inconsciente da própria mãe (Winnicott, 1969b).

Mas essa relação de interpenetração das duas matrizes, do bebê e da mãe, não é constituída pela expressão verbal da mãe unicamente. Ela é constituída por uma relação simbiótica na qual o espaço verbal, se não está totalmente suprimido da relação mãe-bebê, ao menos não participa unicamente da formação dessa matriz do inconsciente não verbal. Quando a criança começa a verbalizar certos aspectos da sua subjetividade e da realidade compartilhada, significa que ela já fez um longo percurso e já passou por todo um conjunto de experiências.

Como vimos ao longo deste capítulo, a mãe, com seu cuidado ambiental, é quem promove a terceira matriz winnicottiana. Ela funda não só uma matriz psicológica, como uma matriz mental e uma matriz do inconsciente não verbal, na medida em que se disponibiliza inteiramente para o cuidado do seu

bebê. Durante toda essa relação inicial, ela vai constituindo nele um espaço no qual a matriz psicológica toma forma através do *holding* e do *handling*, assim como do conjunto de sentimentos, emoções e afetos que são dirigidos ao bebê, transmitindo-lhe emoções e sentimentos muitas vezes em completo silêncio. Não é por acaso que Winnicott funda uma teoria do “desenvolvimento emocional primitivo”.

Esta matriz não é constituída unicamente pela comunicação verbal. Pelo contrário, ela é constituída a partir da interação da mãe e da provisão do ambiente materno suficientemente bons, transmitidos muitas vezes pelo olhar materno. Não queremos dizer com isso que a fala dirigida ao bebê não deva existir e não seja importante. Até o primeiro ano de vida, ao mesmo tempo em que a mãe transmite seu afeto em termos não verbais, tudo é registrado, vivenciado, experimentado e apreendido pelo bebê através da sua capacidade de criar o mundo a partir do que lhe é fornecido pela mãe. No momento seguinte, advém o período da transicionalidade, momento no qual o bebê internaliza a matriz psicológica da mãe, seu *self*, seu ego, e passa a se relacionar com os objetos constituindo seu próprio psiquismo ou sua própria matriz psicológica. Nesse momento, a mãe passa a operar a gradual desilusão do bebê através do desmame; ele já pode internalizar a mãe como objeto bom e, a partir daí, conquistar a capacidade de ficar só.

Na capacidade de estar só, o bebê desenvolve a habilidade de gerar um espaço de ser no qual ele vive, o “espaço potencial”. Neste, tanto a mãe quanto o bebê criam mutuamente um espaço intersubjetivo, ou seja, pré-verbal, pré-linguístico, pré-reflexivo, pré-representacional, pré-simbólico e pontuado por uma não comunicação, lembrando que esta é, em si mesma, um tipo de comunicação desprovida de discurso verbal. O espaço potencial, por sua vez, não é um espaço compartilhado entre duas pessoas; é um espaço pessoal que só é acessado pelo par mãe-bebê, na experiência vivida por ambos. Ele também é circunscrito por uma membrana limitante, a pele, que delimita o seu espaço interno e externo no psiquismo. O espaço potencial é um espaço constituído pelos “mundos internos” da mãe e do bebê, que se sobrepõem um ao outro constituindo uma área fronteira - onde não estão delimitadas precisamente as áreas pertinentes a cada um - mas que faz parte do mundo interpessoal de ambos, aos quais se afetam mutuamente. Essa dimensão espacial inclui tanto a experiência do

espaço no qual a criatividade se constituirá como experiência subjetiva do bebê, quanto aquela que se tornará um espaço sem forma, no qual poderão ser projetados sonhos, desejos e fantasias, além de constituir o lugar onde brincamos e criamos o mundo (Winnicott, 1958a; 1975).

A mãe, internalizada agora como um objeto bom, fará parte da constituição psíquica do bebê, mas é preciso lembrar que o objeto interno nunca é perdido, ele é permanentemente reencontrado à medida em que é reconhecido pelo bebê como uma representação mental desse objeto. Ele é parte de sua ordem interna biologicamente estruturada, que estava silenciosamente disponível para ser representada em algum momento do seu desenvolvimento. Só assim o bebê passa de um nível pré-verbal, pré-linguístico, pré-simbólico e pré-representacional para um nível de verbalização, representação, simbolização, significação e, conseqüentemente, para uma dimensão de comunicação.

A partir do que foi até agora apresentado, faz-se necessário analisar, na sequência, a comunicação e a não comunicação entre a mãe e o bebê no âmbito da teoria do desenvolvimento emocional.

"A linguagem sem dúvida serve também para a comunicação entre os homens; mas, aí, sua necessidade vem simplesmente do fato de que os homens, seres pensantes que são, têm a necessidade de comunicar seus pensamentos; os pensamentos, para acontecer, não precisam ser comunicados; mas não podem acontecer sem ser falados – silenciosa ou sonoramente, em um diálogo, conforme o caso."

Hannah Arendt, A vida do espírito.

Desde os seus primeiros escritos, os problemas da verbalização e da oralidade permaneceram no centro das preocupações da clínica psicanalítica, tornando quase impossível encontrar um lugar para o não verbalizável, o não comunicável, o indizível. O inconsciente recalcado só encontrava via de expressão por meio da linguagem verbal na comunicação entre o paciente e seu analista, seguindo a regra fundamental da psicanálise. Segundo essa regra, o método clínico estabelecido por Freud objetivava encontrar, no inconsciente, as raízes dos diversos males da alma humana. Com suas históricas, os fenômenos conversivos exibidos por meio de expressões de horror, dor ou prazer davam pistas a Freud de qual caminho ele deveria seguir: as comunicações inconscientes possibilitadas pela verbalização dos afetos reprimidos. Ainda sem dar a devida importância aos gestos e expressões de alguns pacientes, compreendendo a recusa em falar, de alguns deles, como pura censura ou resistência ao tratamento no início dos primeiros casos clínicos, para Freud, não havia escolha: o inconsciente só podia ser dizível ou verbalizável, para daí ser analisado e interpretado. Qualquer outra forma de comunicação deveria ser posta de lado (Loparic, 1999).

Conforme sabemos, Freud nunca buscou construir uma teoria sobre a comunicação humana, apesar de ter escrito acerca dos problemas entre o psiquismo e a linguagem em um texto seminal intitulado *"Sobre a concepção das afasias"*, ainda no período pré-psicanalítico (Freud, 1891). No entanto, é no próprio Freud, e no mesmo período, que encontramos uma das suas primeiras formulações sobre as raízes da comunicabilidade humana, em seu *"Projeto para uma Psicologia Científica"*. Nesse texto, ao abordar o estado de desamparo originário do bebê, Freud vai se referir à experiência de satisfação a partir da qual

podemos compreender as origens dos afetos e do desejo no indivíduo.

Ora, sabemos que o ser humano possui uma vida intrauterina relativamente curta, o que não o capacita para sobreviver sozinho assim que nasce, ao contrário da maioria dos animais. Sua fragilidade diante das ameaças do mundo externo, o coloca em total dependência do ambiente materno, e tudo o que ele vai viver em termos de tensão oriundos da interioridade do seu corpo, deve ser acolhido pela pessoa responsável, a mãe, ou pelos seus cuidadores a partir de uma “ação específica”. Quando o bebê sente fome, sono ou na presença da dor, há uma alteração do estado de homeostase no interior do seu corpo; ele chora, movimentando pernas e braços, chamando a atenção do ambiente humano para aliviar a tensão oriunda do seu corpo. A descarga motora do bebê não alivia a tensão por ele sentida, pelo contrário, produz uma sensação de desprazer que não cessa enquanto houver o estímulo endógeno. Este estímulo endógeno está ligado às necessidades corporais do bebê ou ao estado de urgência da vida. Se estas respostas motoras do bebê não são suficientes para aliviar a tensão e a estimulação da fonte corporal, a mãe deve vir ao seu encontro para reestabelecer o estado de homeostase corporal do infante. Neste caso, diz Freud,

O estímulo só é passível de ser abolido por meio de uma intervenção que suspenda provisoriamente a descarga no interior do corpo; e uma intervenção dessa ordem requer a alteração do mundo externo (...) que, como *ação específica*, só pode ser promovida de determinadas maneiras. O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela se efetua por ajuda alheia, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna [itálicos do autor] (Freud, 1895, p. 370).

O comportamento motor do bebê ou o seu choro é ineficaz na obtenção do alívio de tensão (alimento, diminuição da dor ou recolhimento ao sono, por exemplo). Ele demanda do mundo “não eu” uma ação para que consiga alcançar o estado de satisfação das suas necessidades. O que se estabelece, portanto, é uma comunicação com o mundo externo. “Essa via de descarga, adquire, assim, a importantíssima função secundária da *comunicação* [verständigung], e o desamparo inicial dos seres humanos é a fonte primordial de todos os motivos morais” [itálicos do autor, acréscimo nosso] (Freud, 1895, p. 370).

Com isso, Freud quer enfatizar a necessidade de comunicação entre o bebê (para o alívio de tensão) e o mundo externo (ambiente materno), sem a qual

o bebê não teria condições de voltar à homeostase. O desamparo no qual o bebê se encontra só pode ter acolhimento no corpo, nos braços e, às vezes, no seio materno, que fornece o ambiente necessário para que ele se apoie. O choro é ouvido pela mãe como uma necessidade de atendimento de uma demanda (um pedido de socorro) e na medida em que ela é atendida, essa “comunicação não verbal” passa a fazer parte da troca simbólica especificamente humana. A partir desse momento, essa “vivência de satisfação” (*Befriedigungserlebnis*) fica associada à imagem do objeto que proporcionou o acolhimento das necessidades do bebê, bem como à imagem do movimento que permitiu a descarga. A cada vez que uma necessidade advir na experiência corporal e subjetiva do bebê, essa associação se estabelece mais fortemente e daí surgirá o impulso psíquico que por sua vez reinvestirá a imagem mnemônica do objeto, reproduzindo a experiência de satisfação original. O que antes era apenas uma necessidade torna-se, assim, uma experiência prazerosa para o bebê e daí pode advir o afeto e o desejo (Garcia-Roza, 1997, 2004). O que proporciona isso é a forma como o bebê entra em contato por meio de uma comunicação não verbal com o ambiente materno.

Segundo Spitz (1957, p. 19), essa formulação contém todos os *insights* necessários para compreendermos as raízes da comunicabilidade humana. Primeiro, do ponto de vista subjetivo do recém-nascido, esta comunicação é apenas parte do processo de descarga do organismo vivo – seu corpo. Segundo, esse processo de descarga é uma expressão do seu estado interno, o qual só é percebido pela mãe, que vem ao encontro do bebê para socorrê-lo, aliviando as tensões decorridas do seu estado interno (dor, fome, sono ou algum outro tipo de desconforto). Por fim, o processo de descarga indireta do bebê atinge um resultado por meio de uma ajuda do ambiente externo, representado mais uma vez pela mãe, e é justamente esse ciclo contínuo que constituirá a comunicação entre a mãe e seu bebê, marcando o início de uma relação objetal.

O próprio bebê não consegue atingir um alívio da tensão produzido pela descarga motora, o que traz, como consequência, o desenvolvimento de uma função secundária nesse mesmo processo, qual seja, a comunicação dirigida ao bebê pela mãe por meio da fisicalidade do seu corpo. Esta comunicação, continua Spitz, pertence a um estágio mais avançado do desenvolvimento, cujo pré-requisito é o desenvolvimento da percepção e da memória, de modo a ligar a descarga da percepção auditiva do seu próprio choro ao traço de memória do

alívio de tensão propiciada pelo meio ambiente externo (a mãe). Dito de outro modo, trata-se de um prenúncio bastante precoce da comunicação verbal, e que tem suas raízes nos traços mnêmicos discutidos no início do capítulo anterior. Se Spitz tivesse prestado atenção às proposições de Winnicott, talvez tivesse mudado de opinião. Essa comunicação não pertence a um estágio avançado no desenvolvimento do bebê. Ao contrário, a comunicação entre a mãe e o bebê se constitui a partir das primeiras experiências de acolhimento materno às suas necessidades desde o momento do nascimento, precede a comunicação verbal e é, em si mesma, uma comunicação não verbalizada, instada a partir de emoções, sentimentos e afetos do par mãe-bebê.

É estranho notar que, até o final dos anos 50 do século passado, os herdeiros do pensamento teórico de Freud tenham dado pouca atenção à comunicação e à não comunicação (seja entre a mãe e o bebê, seja entre o analista e o analisando), e, quando o fizeram, tenham procurado descrever muito mais a comunicação verbal do que a comunicação não verbal. Podemos pensar que isso se deve à própria origem da psicanálise clássica, que se preocupou muito mais com o verbalizável do que com o que não era dito. Muitos analistas hoje sabem que, para compreender a comunicação do adulto, terão que empreender um estudo sistemático das formas precoces e arcaicas da comunicação infantil, por um lado, e dos fundamentos do processo de pensamento no adulto, por outro.

O abalo sísmico na regra fundamental se deu a partir dos anos 40, quando os poderes da verbalização passaram a ser questionados pelos analistas da Escola Inglesa de Psicanálise, compreendendo o desenvolvimento humano e o processo analítico a partir das relações de objeto. A clínica psicanalítica rompeu o encanto com os poderes da verbalização quando Winnicott ressaltou o inconsciente não verbalizável e constituiu em torno dele a sua teoria do desenvolvimento emocional primitivo e a sua prática clínica. A ideia de um inconsciente não verbalizável, não é nova, ela já havia sido apontada em alguns trabalhos de Ferenczi (1914, 1921, 1926, 1928, 1932a), quando este observou uma forma particular de comunicação inconsciente de alguns pacientes por meio de maneirismos e expressões corporais.

Assim, o estudo da comunicação e da não comunicação aparece no centro da teoria winnicottiana (Winnicott, 1958a; 1960a; 1963a; 1963b; 1963c; 1964d; 1968f; 1968i; 1968g). Sua compreensão no que se refere à comunicação

entre a mãe e o bebê fez com que o pediatra inglês trouxesse grandes contribuições, seja no que se refere ao desenvolvimento infantil, seja no que se refere ao par analista-analisando, sobre aquilo que era vivido, sentido, percebido, experienciado, associado, verbalizado e não verbalizado no *setting*. Com efeito, outros autores da Escola Inglesa de Psicanálise, e alguns poucos da Escola Francesa que dialogam diretamente com a teoria das relações de objeto, já haviam se referido à importância do que era e do que não era comunicado verbalmente no *setting*, enfatizando o manejo da técnica quando o silêncio se fazia presente (Balint, 1958, 1993; Bollas, 1976, 1987; Bion, 1967; Khan, 1963, 1974, 1977, 1989; Aulagnier, 1976; Roussillon, 2011, 2012; Green, 1982; 2003a; 2003b; 2004; 2009), muito embora tenha sido Winnicott quem mais se esforçou em encontrar recursos teóricos e clínicos para analisar essa experiência.

A produção teórica de Winnicott sobre a comunicabilidade humana não se deve ao acaso. Sabe-se que durante sua prática clínica, seja como pediatra, seja como analista, ele acompanhou mais de 60 mil crianças (e suas mães), além de trabalhar com pacientes adultos e casos difíceis – psicose, personalidades *borderline* e esquizoides, tratar e dar consultoria no atendimento clínico de crianças com comportamento antissocial e jovens delinquentes (Rodman, 2003; Phillips, 2006). Ele não contesta e nem exclui a possibilidade da existência de um inconsciente recalcado, da comunicação verbal, da regra fundamental e das interpretações causais apoiadas pelas especulações metapsicológicas em pacientes neuróticos, mas sustenta que esse inconsciente é uma formulação relativamente tardia que não explica o surgimento das psicoses, não determina o destino nem da sexualidade, nem do animal humano e, por fim, não é o referente único e satisfatório para entender a vida e a criatividade humanas (Loparic, 1999, p. 357-361). Portanto, com Winnicott, a psicanálise muda o foco: não mais centrada na sexualidade recalcada ou em seus derivados, passa a buscar no inconsciente não dizível, não verbalizável, os referentes últimos da subjetividade humana, postulando assim uma teoria da comunicação e da não comunicação.

5.1

Uma canção sem palavras

Uma das grandes preocupações da clínica psicanalítica winnicottiana é o “acontecer humano”, a partir do reconhecimento do bebê da sua existência e do momento em que ele consegue diferenciar o “eu” do “não eu”. Isso só é conseguido por meio das mais variadas técnicas de cuidado materno ao longo do seu primeiro ano de vida. Quando ocorre um fracasso nesse cuidado, a mãe provoca uma verdadeira cisão no psiquismo do bebê. A cisão no acontecer humano está na origem dos distúrbios psicóticos para Winnicott e é provocada em virtude de graves falhas ambientais ou na impossibilidade da facilitação do processo maturacional pelo ambiente humano. A cisão na continuidade da existência provoca, no bebê, uma verdadeira ruptura no espaço, no ritmo e no seu próprio tempo, pois todos estes são constituídos ao longo do processo maturacional durante a primeira fase do desenvolvimento do bebê, a dependência absoluta. Esta fase, conforme sabemos, marca o início de um relacionamento humano pautado na fusão do bebê com a mãe, dos cuidados desta com seu filho e no oferecimento de um ambiente confiável e seguro que atenda às necessidades do infante.

Quando ocorrem as fraturas na continuidade do ser, o bebê perde a oportunidade de desenvolver um *self*, um ego e um psiquismo. Consequentemente, ele sofre “o negativo” dos processos do desenvolvimento maturacional, ou seja, uma desintegração em oposição à integração; uma despersonalização em oposição ao alojamento da psique no corpo – personalização – e, por fim, experimenta um sentimento de irrealidade em oposição à realização da relação objetal. O bebê também sofre uma agonia impensável, desenvolvida a partir do que Winnicott chama de “*split*”, ou seja, uma ruptura do ser provocada pelo ambiente não facilitador. Com uma metade do “*split*”, diz o autor, o lactente se relaciona com o objeto a partir do desenvolvimento de um “falso *self* submisso”. Com a outra metade, ele se relacionará com fenômenos baseados apenas em “experiências corporais”, quase sem troca de afeto com o ambiente materno, e dificilmente será influenciado pelo mundo percebido objetivamente (Winnicott, 1963c, p. 167).

Assim, o ambiente, que deveria se oferecer como um continente

suficientemente bom para o bebê, falha gravemente ao não lhe possibilitar viver uma experiência a dois e de acolhimento, traumatizando-o precocemente. Com isso, o *self* do bebê não terá possibilidade de se desenvolver, ao contrário, tentará se proteger ou se defender das falhas maternas, constituindo-se como um falso *self*. Aqui, reforçamos a ideia, junto com Winnicott, de que a comunicação entre a mãe e o bebê, diante do caos experimentado por este último, será humanamente impossível. Decorrente de algum problema oriundo do ambiente humano, a comunicação entre a mãe e o bebê será falha, negativa, patológica. Foram as fraturas na continuidade do ser, provocadas por graves falhas ambientais, que fizeram com que Winnicott voltasse sua atenção para os problemas da comunicabilidade humana.

Ora, sabemos que, desde muito antes do nascimento, o bebê está em pleno contato com o corpo materno. Quando vem ao mundo, ele precisará explorar, com a ajuda da mãe, o continente no qual passará a mergulhar, como um grande explorador dos mares maternos. Como ele depende totalmente da mãe nesse primeiro período do seu desenvolvimento, tudo o que a mãe lhe proporcionar será constitutivo do seu psiquismo, desde os atos mais elementares aos mais complexos: recebê-lo ao peito assim que nasce, promover sua primeira experiência de alimentação, embalá-lo, vesti-lo, limpá-lo, pô-lo para dormir, enfim, ver e ser vista pelo seu bebê. Todos os mais elementares atos de cuidado com o bebê constituirão, para ele e para a mãe, uma experiência enriquecedora, de troca mútua a partir dessa relação simbiótica. Do ponto de vista do bebê, malgrado se pense que ele não traga nenhuma experiência ao nascer, seu potencial herdado proporcionará o sentido da continuidade da existência junto ao ambiente materno. De acordo com Winnicott (1968g), a base de todas as teorias sobre o desenvolvimento da personalidade é a **continuidade da vida**, que tem início muito antes do nascimento concreto do bebê. Aqui se encontra implícita a ideia de que nada do que faz parte da experiência de um indivíduo, desde o nascimento, se perderá ao longo da sua vida, mesmo que se torne inalcançável à consciência, a partir das memórias corporais que farão parte de sua experiência subjetiva.

Os bebês e as mães sofrem uma tremenda variação, em suas condições, após o acontecimento natalício, e talvez decorram dois ou três dias, no seu caso, antes que você e o seu bebê estejam aptos a gozar a companhia mútua. Mas não existe qualquer razão concreta para justificar por que não comecem a

conhecer-se imediatamente um ao outro, se ambos estiverem bem (Winnicott, 1965b, p. 21-22).

Dito isso, podemos perguntar: de que forma a psicanálise pode vir a contribuir para a psicologia do recém-nascido? O principal auxílio prestado pela psicanálise, diz Winnicott, se deu a partir da contribuição da sua teoria do desenvolvimento emocional, antes mesmo que pudéssemos falar de um consciente e de um inconsciente (Winnicott, 1964d, p. 33).

Conforme vimos, a constituição do inconsciente para Winnicott não se dá no mesmo plano do inconsciente freudiano. Trata-se de um “modo de existir” do próprio ser humano. Uma vez que esse “modo de existir” foi rompido, cindido ou fragmentado, produz-se uma parada no sentido de continuidade do ser. Desse modo, o bebê não experimentará o binômio integração/não integração, nem terá a possibilidade de vivenciar estados tranquilos e excitados alternadamente, tão necessários na constituição da sua subjetividade e do seu psiquismo. A psicanálise winnicottiana, assim concebida, vai compreender o inconsciente como algo a ser desenvolvido pela mãe junto ao seu bebê. Se a mãe falha gravemente na sua tarefa, ela não proporcionará ao infante o desenvolvimento de um inconsciente nos moldes freudianos. Bem entendido, nem um consciente, nem um inconsciente recalçado, e sim um trauma de tal modo que a “agonia do não ser”, sofrida pelo bebê, o impede de pensar sobre esse acontecimento, constituindo-se como algo primitivamente “impensável” (Loparic, 1999).

Uma vez que a psicanálise clássica é baseada na comunicação verbal e caracterizada pela regra fundamental, os pacientes que passaram por esse trauma são incapazes de fornecer ao analista representações psíquicas do que vieram a sofrer. Ali, quando ainda eram bebês, houve uma grave falha na comunicação entre o analisando e a mãe. Se o analista quiser cuidar desse tipo de sofrimento, diz Winnicott, ele não poderá pressupor uma capacidade de comunicação verbal do paciente sobre o “acontecido”, pois ele mesmo, o paciente, deixou de “acontecer” quando ainda era um bebê e quando a capacidade de comunicação com a mãe foi rompida ou quebrada. Na verdade, o bebê experimentou a morte em vida. Experimentar a morte em vida quer dizer que o bebê passou pela experiência de um colapso, cujo significado remete-nos ao fracasso da organização de suas defesas contra as falhas ambientais. Dito de outro modo, o colapso circunscreve o “impensável estado de coisas subjacentes à organização

defensiva”, ou “um colapso do *self* unitário” que marca os fenômenos psicóticos, nos quais “o ego organiza defesas contra o colapso em sua organização” quando esta organização é ameaçada (Winnicott, 1963a, p. 71). Isso que dizer que a morte aconteceu, mas não foi experienciada como “morte em si”. Trata-se de uma “morte fenomenal”, ou seja, a morte como um fenômeno e não do organismo vivo, o que acarreta no indivíduo adulto uma sensação de vazio, dada a sua imaturidade no momento em que vivenciou esse trauma. O vazio, por consequência, é experienciado em termos do passado da história do indivíduo, “ao tempo que precedeu o grau de maturidade que tornaria possível ao vazio ser experienciado” (Winnicott, 1963a, p. 75). Na verdade, o vazio do qual Winnicott fala refere-se ao “nada acontecendo quando algo poderia proveitosamente ter acontecido” (Winnicott, 1963a, p. 75). Portanto, é mais fácil o paciente adulto lembrar do trauma, do que lembrar do vazio na sua experiência subjetiva.

O trauma, para Winnicott, também varia conforme o seu significado. De acordo com o autor, em primeiro lugar, o trauma se refere a um colapso na área da confiabilidade no meio ambiente durante o estágio da dependência absoluta, cujo resultado é o fracasso total ou relativo no estabelecimento da estrutura da personalidade. Em segundo, o trauma se refere ao fracasso da adaptação da mãe às necessidades do bebê, não provendo a experiência de onipotência. Em terceiro lugar, o trauma implica numa quebra de fé no ambiente acolhedor devido ao fracasso ou à impossibilidade de adaptação materna ao bebê, algumas vezes, produzindo um ódio reativo e uma tentativa de organização das defesas do *self*. Em quarto, a impossibilidade de a criança experimentar momentos de integração e não integração, alcançando uma relação objetal e experimentando o período da transicionalidade de modo saudável. Por fim, o trauma é a destruição da pureza da experiência do indivíduo devido a uma intrusão súbita do ambiente materno. Tudo isso pode ocasionar a diversidade dos distúrbios psíquicos e impossibilitar uma comunicabilidade humana saudável na experiência subjetiva do bebê (Winnicott, 1965h, p. 113-114). O colapso e o trauma, assim definidos, levaram Winnicott a defender os avanços das teorias que tratam da psicose, bem como do seu manejo:

Do nosso ponto de vista, o avanço mais importante da psicanálise é a ampliação do trabalho do analista que resultou no estudo de pacientes psicóticos. Tem-se constatado que, enquanto a psicose leva o analista à meninice do paciente, a esquizofrenia leva-o ao início da infância, a um

estágio em que a dependência do paciente é quase absoluta. Em resumo, nestes casos, houve falhas do ambiente de facilitação num estágio anterior à aquisição, por parte do ego imaturo e dependente, da capacidade de organizar defesas (Winnicott, 1964d, p. 34).

Foi nesse sentido que Winnicott se interessou logo cedo pela comunicação na relação mãe-bebê, na medida em que começou a atender uma grande quantidade de crianças que chegaram até ele, constituindo uma teoria sobre os primeiros momentos vividos, desde o nascimento, entre o bebê e a mãe.

De acordo com o autor, diversos tipos de comunicação ocorrem desde o início da vida de cada indivíduo, e, seja qual for seu potencial, a estrutura concreta das experiências que constitui uma pessoa é precária. Desde que haja um ambiente acolhedor fornecendo suporte para as mais primitivas necessidades, a verbalização perde todo o sentido ou significado (Winnicott, 1968g). Por exemplo, há a comunicação que o bebê faz para a mãe no instante do nascimento com o seu grito, como se dissesse: “Estou vivo! Vim ao mundo! Estou aqui!”. Há a comunicação da mãe para o bebê no primeiro instante em que ela o acolhe em seus braços, compartilhando juntos da fisicalidade dos seus corpos. Há a comunicação expressa por meio do choro oriundo das necessidades básicas do bebê: comer, dormir, aliviar a dor, o frio, ficar sozinho, se sentir acolhido e seguro nos braços da mãe ou até mesmo do pai. Há aí uma comunicação posta em ação por meio da entonação de expressões verbais e músicas de ninar, cantadas pelos pais para seu bebê como puro momento de prosódia. Finalmente há a comunicação mútua entre a mãe e o bebê na qual um se reconhece nos olhos do outro. O que queremos examinar, junto com Winnicott, são essas experiências precoces na vida do bebê no que diz respeito à comunicação, pois, conforme ele afirma, “o bebê é um ser humano, imaturo e extremamente dependente, e também um indivíduo que está tendo e armazenando experiências” (Winnicott, 1967-1968, p. 55).

Para tanto, se faz necessário um encontro entre dois seres humanos. Os seres humanos são, pela sua própria natureza, imperfeitos e desprovidos da infalibilidade das máquinas. “O uso que o bebê faz do meio ambiente não humano depende do uso que ele anteriormente fez de um meio ambiente humano” (Winnicott, 1968g, p. 82). Todos os bebês do mundo até hoje nasceram e nascem por meio do ambiente humano, isto é, um ambiente que se adapta da maneira correta, apropriada e de acordo com as necessidades do bebê (Winnicott, 1968g).

Por outro lado, se a mãe é normalmente sadia, vive em um lar suficientemente bom com seu companheiro, se o bebê chegou com boa saúde e no momento exato, sem antecipação ou sem nenhum atraso, então, nessas circunstâncias, a sua alimentação constituirá uma das mais importantes experiências da relação entre dois seres humanos. Por consequência, a mãe e o bebê estarão prontos para se unirem mutuamente “*pelos tremendamente poderosos laços do amor* e, naturalmente, terão primeiro de se conhecer um ao outro antes de aceitarem os grandes riscos emocionais envolvidos” [itálicos nossos] (Winnicott, 1965b, p. 32-33). Em outro momento, Winnicott chega mesmo a afirmar que a relação mãe-bebê estrutura as bases do amor, pois “*o amor é quase físico*” [itálicos nossos] (Winnicott, 1966b, p. 10). Se a mãe e o bebê chegam a uma compreensão mútua dessa relação, podem passar a confiar um no outro e se entender reciprocamente. Neste caso “a alimentação começa a cuidar de si própria” (Winnicott, 1965b, p. 32-33).

Mas só a partir de um modo especializado de se constituir como se fosse um bebê, e por meio da “doença de ser mãe”, ela poderá se despreocupar com a alimentação do seu filho. Quando a mãe encontra-se neste estado, o qual Winnicott denominou de preocupação materna primária, como vimos, ela perde parte de sua identidade ao se identificar com o bebê, ao mesmo tempo em que continua sendo ela mesma e tendo consciência de uma necessidade de proteção no momento em que se encontra neste estado vulnerável. Neste caso, as mães “assumem a vulnerabilidade do bebê” (Winnicott, 1968g, p. 83) como sendo as suas, de modo a evitar qualquer antecipação ou atraso no atendimento às necessidades dele. Isso só é alcançado pela mãe porque, um dia, ela mesma já foi um bebê, tendo um conglomerado de experiências localizado em algum lugar do seu inconsciente. Ou seja, ela também partiu de uma situação de total dependência para outra, da qual adquiriu autonomia. Winnicott enfatiza que a mãe brincou de “*ser um bebê*”, assim como brincou de “*ser pai e mãe*”, regredindo a um comportamento infantil em ocasiões em que ficou doente, ou em que teve a oportunidade de ver sua própria mãe cuidando de si ou de seus irmãos (Winnicott, 1968g).

Por outro lado, seus conhecimentos vieram de um nível mais profundo e não do lugar na mente onde há palavras para explicitar tudo o que ela deve vir a fazer. Segundo Winnicott, “as principais coisas que uma mãe faz com o bebê *não*

podem ser feitas através de palavras. Isto é óbvio demais, mas também é algo muito difícil de esquecer” [itálicos nossos] (Winnicott, 1967-1968, p. 53), porque esta experiência faz parte do animal humano em que ela se tornou pelas mesmas vias que irá proporcionar ao seu bebê. Este, porém, nunca foi mãe, e nem mesmo foi um bebê algum dia. Para o infante, tudo se constitui como a primeira experiência, sem nenhum tipo de medida espaço-temporal. “O tempo não se mede tanto por relógios, pelo nascer ou pelo pôr-do-sol, quanto pelo ritmo do coração e da respiração maternos, pela elevação e queda das tensões instintivas, bem como por outros dispositivos essencialmente não mecânicos” (Winnicott, 1968g, p. 84). O tempo é uma variável sem medida, constituído a partir de um encontro vivido pela dupla, no qual os afetos e a fisicalidade dos corpos são o que possibilitará a vivência desta temporalidade, ou, como diz T. S. Eliot, citado por Winnicott “o tempo, não o nosso tempo, é o que conta”, ao chamar a atenção para o poder do inconsciente (Winnicott, 1961a, p. 202).

Assim, a descrição da comunicação entre o bebê e a mãe, para Winnicott, contém uma dicotomia fundamental, qual seja, a mãe pode retroceder a formas primitivas da experiência infantil, mas para o bebê é impossível apresentar esse nível de sofisticação. Queremos enfatizar com isso que, desta forma, a mãe pode ou não falar com seu bebê, pois, neste caso, “*a língua não tem importância*” [itálicos nossos] (Winnicott, 1968g, p. 84). Tudo o que será vivido verbalmente pela mãe e pelo bebê será vivido em um nível muito posterior no curso do processo maturacional, a partir do momento em que o bebê conseguir diferenciar o “eu” do “não eu”.

Mas o que a mãe comunica ao bebê quando ela se adapta às suas necessidades? Ora, a primeira resposta que podemos encontrar refere-se ao “segurar o bebê” (*to hold a baby*): “Segurar um bebê no colo é um trabalho especializado”, diz Winnicott (1950a, p. 15), pois nem todo sujeito humano está apto para esse trabalho, sobretudo nos primeiros dias de vida do bebê. De acordo com o pediatra e psicanalista inglês, há uma relevante economia no uso e na exploração da palavra “segurar” (*holding*) para descrever o contexto em que as comunicações mais importantes com o bebê têm início a partir das primeiras experiências da vida.

Se eu adotar este procedimento, explorando o conceito de segurar, teremos então duas coisas, a mãe segurando o bebê, e este sendo segurado e atravessando rapidamente uma série de fases do seu desenvolvimento que são de extrema importância para a sua afirmação como pessoa. *A mãe não precisa saber o que está se passando com o bebê.* O desenvolvimento do bebê, porém, só pode ocorrer no contexto da confiança que decorre do fato de ele ser segurado e manipulado [*holding e handling*] [itálicos do autor, acréscimo nosso] (Winnicott, 1968g, p. 86).

Ser “segurado” e “manipulado” é uma das primeiras formas de comunicação que o bebê vai poder experienciar com o seu ambiente materno. Não é à toa que o autor deu ênfase aos conceitos de *holding* e *handling* – segurar no útero, nos braços e no colo e tocar ou manipular o corpo do bebê –, no escopo da sua teoria (Winnicott, 1967-1968).

Em outro momento, Winnicott afirmará que o protótipo de todos os cuidados com o bebê é o ato de segurá-lo. Segurar um bebê é diferente de pessoa para pessoa e deve ser uma experiência positiva para o bebê. “Os bebês são muito sensíveis à maneira como são segurados, o que os leva a chorar com algumas pessoas e a ficar calmos e satisfeitos quando no colo de outras, mesmo quando são ainda muito novinhos”, diz Winnicott (1950a, p. 15). Por isso não é recomendável que uma criança de pouca idade segure um bebê ao invés de um adulto ou sua mãe. A criança de pouca idade não tem o manejo de colocar um bebê no colo porque este é um aprendizado que levará tempo – tanto para a mãe quanto para qualquer adulto, muito embora a mãe aprenda muito mais rápido do que qualquer outra pessoa o modo correto de segurar o seu bebê. “Nenhuma observação a respeito de qualquer bebê tem, para mim, qualquer valor, a menos que se descreva expressamente de que maneira o seguram”, afirma Winnicott (1964d, p. 30-31).

E em que momentos a mãe “segura o seu bebê”? Geralmente quando exerce a sua principal função nos primeiros meses de vida: a amamentação. Em 1968 Winnicott publica dois artigos intitulados “*A amamentação como forma de comunicação*” e “*A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências*” (Winnicott, 1968g; 1968f), nos quais enfatiza a amamentação como uma das principais atividades e forma de comunicabilidade entre a mãe e o bebê desde o nascimento. A partir dos primeiros instantes em que ele descobre o seio e o suga, ingerindo a quantidade de leite necessária para a sua satisfação, desenvolverá, nesse ato, um tipo de vínculo (*attachment*) com a mãe, possibilitado pela comunicação não verbal. O mais importante é saber qual tipo de

comunicação e qual qualidade dessa comunicação será desenvolvida durante esse processo, tenha o bebê um cérebro bom ou nasça com problemas neurológicos (Winnicott, 1969a).

Sabemos que, desde o início do século passado, muito foi dito a respeito da alimentação dos bebês. Dos médicos aos nutricionistas, muita tinta foi gasta ao se acrescentar conhecimento científico, fisiológico e biológico a este tipo de atividade. Para Winnicott, o resultado de tanta produção é que temos dois tipos de conhecimentos até hoje: primeiro, o conhecimento físico, bioquímico ou substancial, no qual a ciência médica nos possibilitou saber das propriedades, qualidades e importância do leite materno para a saúde do bebê; o segundo, e talvez o mais importante, é um conhecimento psicológico no qual se evidenciou os sentimentos vividos pelo par apenas pela ótica da observação. A alimentação da criança, portanto, é uma questão de simbiose mãe-filho que põe em prática a relação de amor entre dois seres humanos que vão partilhar essa experiência mutuamente. Claro que, quando falamos de alimentação e amamentação, em termos de saúde, sempre pensamos na alimentação do bebê ao seio materno, e tudo o que é envolvido nessa experiência. Mas não deixamos de concluir que a experiência de alimentar o bebê com a mamadeira, malgrado não tenha a mesma qualidade da alimentação via seio, torna-se tão importante quanto a mãe fornecer ao bebê uma parte do seu próprio corpo, diz Winnicott (1965b). De acordo com o autor, o bebê alimentado ao peito ultrapassa a raiz do mamilo e rilha com as gengivas o bico do seio materno, experiência esta bastante dolorosa para a mãe, certamente, mas que conta com a própria pressão do leite para ser empurrado para dentro da boca do bebê. Contudo, “o bebê alimentado à mamadeira tem de empregar uma técnica diferente. Neste caso, a sucção passa ao primeiro plano, enquanto na experiência mamária pode ser uma questão relativamente subalterna” (Winnicott, 1965b, p. 38).

Há uma grande riqueza na experiência de alimentação para o bebê, que se encontra vivo e desperto, e toda a sua personalidade em formação passa a estar envolvida nesse processo (Winnicott, 1968g). Qualquer que seja o modo de alimentar o bebê, por mais satisfatória que essa experiência seja para a mãe ou cuidadora, a satisfação de oferecer o próprio seio é, para a figura materna, totalmente diferente. Muitas mães chegam a sofrer quando, por algum motivo de doença anterior ou posterior ao nascimento do bebê, descobrem não poder

oferecer o próprio seio para alimentá-lo. Essa satisfação de oferecer uma parte do seu corpo como veículo de alimentação a remete às suas próprias experiências quando ela mesma era um bebê³⁸.

Se por um lado as experiências de uma determinada criança são fracas, insípidas e até mesmo entediantes, há, por outro lado, crianças cujas experiências são intensas, cheias de cor e sensações, e de um alto grau de fecundidade. Para alguns bebês as experiências ligadas à alimentação são tão enfadonhas que deve ser um grande alívio chorar de raiva e frustração, o que, de qualquer modo, é real e necessariamente envolve a personalidade toda. Portanto, ao examinarmos a experiência de amamentação de um bebê, a primeira coisa a fazer é pensar em termos de *riqueza* da experiência e do envolvimento total da personalidade [itálicos do autor] (Winnicott, 1968g, p. 24).

Com efeito, para que a amamentação seja plenamente satisfatória, tanto a criança deverá sentir fome, quanto a mãe precisa desejar aliviar o intumescimento do seio provocado pelo acúmulo de leite, aliviando a tensão física, e satisfazer uma necessidade emocional e fisiológica do bebê. A maioria dos problemas de alimentação vivida pelo bebê não tem a ver com infecção ou inadequação bioquímica do leite materno, mas sim, com o problema que cada mãe vivencia ao adaptar-se às necessidades do seu bebê (Winnicott, 1967m). Essa experiência vivida pelo par diz respeito a uma relação verdadeiramente íntima e pessoal, na qual tanto um quanto o outro desfrutarão da mesma experiência mutuamente (Bettelheim, 1967).

Nos primeiros momentos em que o bebê é levado ao seio, ele até poderá estranhar. Médicos ou enfermeiras possuem técnicas especializadas para fazer com que esse contato ocorra o mais rápido possível, esquecendo-se de que a mãe e o bebê já tiveram tempo para se conhecer quando ele ainda era um feto, e levarão algum tempo para aprenderem a se relacionar fora do útero. É preciso que esse tempo seja respeitado. De acordo com Winnicott, a mãe e o bebê vão aprender a se conhecer subjetiva e intersubjetivamente, nesse primeiro contato. A primeira brincadeira feita com o seio é de grande valor para ambos, por permitir que o bebê possa encontrar a sua mãe e se comunicar com ela, e esta possa estar preparada para agir intuitivamente da maneira mais adequada às necessidades do seu bebê. Algumas vezes, a alimentação do bebê ocorre de forma mútua, um alimentando o outro. Do mesmo modo, a comunicação entre a mãe e o bebê

³⁸ De acordo com Winnicott (1968g), essa experiência remonta ao início dos tempos, quando todos os seres humanos mal haviam superado a condição de animais mamíferos.

também ocorre de forma mútua, através de gestos e expressões trocados entre ambos, como um jogo que só pode ser feito a dois: “Sem o jogo, o bebê e a mãe permanecem como estranhos um para o outro. Como as mãos são importantes para isto! Com doze semanas de idade, *um bebê às vezes alimenta a mãe enquanto é amamentado, pondo o próprio dedo em sua boca*” [itálicos nossos] (Winnicott, 1948c, p. 299). Este tipo de comunicação do bebê com a mãe, também é reforçado por René Spitz, quando este afirma que

O brincar da mão e dos dedos sobre o seio é uma das muitas formas primárias de reciprocidade entre a mãe e a criança. Não pode haver dúvida de que é percebido pela mãe como uma primeira forma de comunicação, como sinal a um nível muito elementar. Tais sinais são enviados pelo bebê enquanto se alimenta; neste estágio, não são intencionais ou dirigidos: ocorrem simplesmente como uma função de processos interiores que encontram sua descarga sob forma de ação muscular (Spitz, 1957, p. 82).

Não existe uma comunicação entre a mãe e o bebê a não ser que haja o desenvolvimento de uma situação de mútua alimentação. Quando o bebê leva a mão ao seio da mãe, ou quando consegue fazer o gesto espontâneo de levar o seu dedo à boca dela, ele não a está alimentando com comida, mas com os sentimentos envolvidos nessa relação de mutualidade, pois “a experiência dele inclui a ideia de que a mãe sabe o que é ser alimentada” (Winnicott, 1969a, p. 197). É como se o bebê também dissesse para a mãe: “Eu sei que você sabe o que é ser alimentada, e que precisa que eu a alimente de algum outro modo, e é desse modo que eu posso nutri-la – de mim mesmo”.

Muito embora não haja em Winnicott uma metapsicologia da comunicação mãe-bebê ou dos processos psíquicos em torno do prazer gerado pela amamentação, alguns autores têm ventilado algumas possibilidades, baseados nas teorias de Freud e Lacan. Um exemplo disso são as teses de Maria-Christine Laznik, psicanalista brasileira radicada na França e pesquisadora do Centro Alfred Binet, de Paris. Segundo a autora, os momentos que constituem a alimentação do bebê, em termo de amamentação, podem ser pensados em termos de percursos pulsionais definidos pela erogeneidade inerente ao ato de mamar e pautado principalmente por um “terceiro tempo pulsional oral” (Laznik, 2000, p. 88). No primeiro tempo, o bebê é ativo e vai em direção ao objeto externo – ele suga o seio ou a mamadeira, para satisfazer uma necessidade corporal e uma urgência fisiológica, o que provoca prazer e êxtase após o término da mamada. O segundo tempo é reflexivo. O bebê toma como objeto uma parte do corpo ou um objeto

externo, ocorrendo uma erotização do ato de mamar por “apoio” (*Anlehnung*), extraindo deste ato um prazer sensual. O principal sentido de “apoio”, em Freud, é estabelecer uma relação e uma oposição entre a pulsão sexual e a pulsão de autoconservação, considerando que a primeira se “apoia” na segunda: “No chuchar ou sugar com leite já podemos observar as três características essenciais de uma manifestação sexual infantil. Esta nasce apoiando-se numa das funções somáticas vitais, ainda não conhece nenhum objeto sexual, sendo autoerótica, e seu alvo sexual acha-se sob o domínio de uma zona erógena” (Freud, 1905b, p. 172). O terceiro tempo, definido pela autora, corresponde ao uso erótico do corpo, quando o bebê faz de si mesmo um objeto de um conhecido novo sujeito – a mãe. Como exemplo, Laznik refere-se a uma observação direta da relação mãe-bebê durante a troca de fraldas. Ao ser colocado nu sobre o trocador, o bebê agita-se e oferece a si mesmo como objeto na antecipação da voluptuosidade oral da mãe, ao dar seu próprio pé para ser mordido ou devorado por ela, observando atentamente o seu comportamento. A mãe, por sua vez, leva o pé do bebê até o seu rosto, cheirando e tecendo comentários em tons de prosódia com ele. Ela põe o pé dele na boca e finge que está mordendo ou comendo, brincando, ao mesmo tempo em que o erotiza. A alegria que se expressa no rosto materno por meio do seu olhar diz ao bebê que “é bom morder”, e é exatamente este prazer inscrito no rosto da mãe que faz com que o bebê se ligue a ela. Vemos, então, uma relação de mutualidade espelhada na relação mãe-bebê por meio de um tipo de comunicação que se dá silenciosamente, ou melhor, sem o uso da linguagem verbal.

Esse tipo de relação mútua ajuda a lançar os alicerces da personalidade da criança; daquilo que Winnicott denominou de “desenvolvimento emocional” ou “processo maturacional” e da sua capacidade de suportar as frustrações e os choques que mais dia, menos dia, surgirão na relação mãe-bebê. Para o autor, desde o nascimento, o bebê é considerado uma pessoa com uma forma bastante restrita, é verdade, mas que passa a viver uma vida, acumulando e estruturando lembranças para formar um padrão pessoal de comportamento. Essas experiências pelas quais ele passará junto com a sua mãe farão com que assimile o mundo primeiramente com a boca (a primeira forma de experimentar o mundo) e, na continuidade, com as mãos e a pele sensível do rosto (tocando a mãe ou esfregando seu rosto ao seio materno a cada mamada, saboreando não só o leite

materno, mas também o seio materno, ou ainda a cada vez que ela o coloca para dormir ao seu peito, deixando-o ouvir seus batimentos cardíacos ou compartilhando com ela a sua respiração).

A experiência de alimentação imaginativa, diz Winnicott, é muito mais ampla do que a experiência física, pois constitui um relacionamento com o seio materno que é, ao mesmo tempo, tanto a mãe quanto o bebê, confundindo-se. Nesse sentido, diz o autor, se a mamada for ministrada como um ato puramente mecânico, ela não se constituirá como uma experiência enriquecedora para o bebê, interrompendo nele a experiência da continuidade do ser (*going on be*) (Winnicott, 1956d). Se a relação entre ambos está se desenvolvendo naturalmente, então não faz falta qualquer técnica alimentar ou qualquer tipo de investigação que melhore o ato de amamentar em si. Mãe e filho saberão melhor do que ninguém o que está certo e o que não está funcionando durante a amamentação. Alguns pediatras chegam mesmo a determinar o tempo certo de alimentar o bebê, sem levar em consideração que cada bebê e cada mãe têm uma anatomia, uma fisiologia, um ritmo e um tempo diferenciados. Portanto, uma determinação a priori meramente cronológica do ato de amamentar não faz sentido – isso é algo que tem de ser decidido por cada mãe e por cada bebê. Pode ocorrer que um bebê tome uma porção exata de leite no ritmo adequado, sabendo quando parar. Todo o processo físico funciona precisamente por meio da relação emocional que está sendo estabelecida entre mãe e o bebê. Neste caso, tanto as mães podem aprender com seus bebês quanto estes aprendem muito a respeito da sua mãe.

A alimentação natural é dada exatamente quando o bebê a quer, e cessa quando o bebê cessa de a querer. Esta é a base. E é nessa base, e só nela, que um bebê pode começar a transigir com a mãe; o primeiro sinal de transigência é a aceitação de uma alimentação regular e segura, digamos, de três em três horas, o que é conveniente para a mãe e pode ainda ser aceito pelo bebê como cumprimento de um desejo seu, se ele porventura puder arranjar as coisas de maneira a ter fome regularmente, com intervalos de três horas. Se esse intervalo for demasiado extenso para a criança em questão, sobrevém a angústia, e o método mais rápido de recuperar a confiança consiste na mãe amamentar o bebê como e quando for exigido, por certo período, voltando a um horário regular e conveniente assim que o bebê for capaz de o tolerar (Winnicott, 1965b, p. 34).

Assim, quando a mãe e o bebê chegam a um acordo tácito quanto à experiência de amamentação, estão lançadas as bases de um relacionamento

humano, e, a partir de então, a criança desenvolve a capacidade de se relacionar com os objetos e com o mundo.

Muitos bebês precisam de um período de tempo antes de começarem a buscar, e quando encontram um objeto não vão querer, necessariamente, transformá-lo de imediato em uma refeição. *Eles querem explorá-lo com as mãos e a boca*, e talvez queiram prendê-lo com as gengivas. (...). Este é o início não só da alimentação, *é o início da relação objetal*. A totalidade do relacionamento desde novo indivíduo com o mundo real tem que se basear na forma como as coisas se iniciam e no padrão que se desenvolve gradualmente, de acordo com a experiência que faz parte deste relacionamento humano entre o bebê e a mãe [itálicos nossos] (Winnicott, 1967-1968, p. 56).

Antes mesmo que o bebê passe a se relacionar com os objetos, ele precisa desenvolver a capacidade de usar um objeto. Para usar o objeto, ele precisa criá-lo na sua fantasia, a partir do processo de ilusão. Isso ocorre cada vez que o bebê é apresentado ao mundo através das várias experiências de amamentação ao longo da sua jornada humana. Para que o sentido de realidade se inicie, faz-se necessário que lhe seja propiciada a realidade do mundo subjetivo, que vai constituir, *pari passu*, o seu mundo interno e o seu *self*. É assim que Winnicott formula um dos seus paradoxos teóricos: “o bebê cria o objeto, mas o objeto ali estava, à espera de ser criado e de se tornar um objeto catexizado” (Winnicott, 1969d, p. 124). Sem o estabelecimento da realidade subjetiva, não há conquistas graduais no desenvolvimento maturacional, que incluem o sentido de real próprio da transicionalidade (Dias, 2012). Usar um objeto, nas palavras de Winnicott, faz parte da mudança para o princípio de realidade, ou seja, o desenvolvimento da capacidade de usar o objeto constitui um processo maturacional, como algo que depende de um meio ambiente propício a cada vez que o bebê experimenta momentos de excitação (Winnicott, 1969d).

A capacidade de usar objetos diz ainda da capacidade do bebê de reter uma lembrança ou uma imagem mental da mãe. Dito de outro modo, o bebê desenvolve a capacidade de estabelecer uma representação interna da mãe a qual permanecerá viva durante certo limite de tempo - e que varia de bebê para bebê e de mãe para mãe - conforme sua experiência com o ambiente materno. Entretanto, se a mãe ficar longe por um período de tempo além do limite do bebê, seja este limite medido em minutos, horas ou até mesmo dias, então a lembrança ou representação interna da imagem da mãe esmaece, e os fenômenos transicionais, típicos deste período do desenvolvimento do bebê, perdem gradativamente o seu

sentido, fazendo com que ele não possa experimentá-los. Neste caso, vemos o objeto ser desinvestido ou descateixizado (Winnicott, 1953). Sob esse aspecto, a mãe tem que se oferecer tanto como mãe-ambiente, quanto como mãe-objeto. Quando a mãe se oferece como um objeto para ser usado pelo bebê, ele pode testar os limites de sobrevivência deste objeto ao seu apetite ou amor cruel (*ruthlessness*), também denominado amor-boca:

No início, o bebê (do nosso ponto de vista) é cruel; ainda não há qualquer preocupação quanto aos resultados de impulso, gesto, contato, relação, e dá ao bebê a satisfação de autoexpressão e o alívio da tensão pulsional; além disso, coloca o objeto fora do *self*. Não se deve esquecer que o bebê não se sente cruel mas, ao olhar para o passado (e isto ocorre em regressões), o indivíduo pode dizer: eu era cruel então! Este estágio é anterior ao remorso (Winnicott, 1954a, p. 441)³⁹.

É o momento no qual o bebê passa a morder o bico do seio materno, explorando-o como um objeto e colocando-o para fora do seu controle onipotente. Durante os estados excitados do bebê, a mãe permite que essa vivacidade típica da voracidade instintual encontre passagem por meio do seu próprio corpo, a cada livre movimentação ou expressão da motilidade que acompanha a excitação. A motilidade, que faz parte do momento de excitação, aos poucos, funde-se à tensão instintual, favorecendo a elaboração imaginativa dos elementos, sentimentos e funções somáticas e, conseqüentemente, o alojamento da psique no corpo. A agressividade no bebê surge desse impulso instintual, mas precisa encontrar um objeto que resista e se oponha a esse potencial agressivo. A mãe, por sua vez, deve sobreviver a esse comportamento do bebê, para que então, a partir daí, ele possa oferecer alguma reparação ao objeto ao qual dirigiu sua agressividade, quando adentrar o estágio de concernimento.

Há a relação de objeto, em primeiro lugar; depois, ao final, o uso do objeto. No intervalo, porém, temos a coisa mais difícil, talvez, no desenvolvimento humano; ou um dos mais cansativos de todos os primitivos fracassos que nos chegam para posterior preparo. Entre o relacionamento e o uso existe a colocação, pelo sujeito, do objeto fora da área de seu controle onipotente, isto é, a percepção, pelo sujeito, do objeto como fenômeno externo, não

³⁹ Winnicott se refere a esse momento como o estágio da posição depressiva de Melanie Klein. No entanto, o autor argumenta que, em sua teoria, o correspondente ao estágio da posição depressiva é o estágio do concernimento, no qual o bebê sente remorso pelo ataque impiedoso ao seio materno e, sob certas condições, propõe-se a reparar o dano que provocou ao seio a partir do seu instinto primário e agressivo. Mais uma vez, questionamos a tradução da versão brasileira desse artigo. No original, Winnicott se refere ao desenvolvimento da capacidade de concernimento (*The development of the capacity for concern*), Winnicott, 1963i), e não de “preocupação” conforme a tradução no Brasil.

como entidade projetiva; na verdade, o reconhecimento do objeto como entidade por seu próprio direito (Winnicott, 1969d, p. 125).

Descobrimos que, depois de o sujeito relacionar-se com o objeto, ele destrói esse mesmo objeto (quando este se torna externo), e, então, podemos ter um objeto que sobrevive à destruição. Esse comportamento faz parte do impulso amoroso primitivo e da motilidade do bebê vivenciada desde o útero, e tem, na sua essência, uma qualidade destrutiva, apesar de o objetivo do bebê não ser a destruição real do objeto, já que este impulso amoroso é experimentado na época do pré-remorso e pré-concernimento, mas que também avança durante esses estágios (Winnicott, 1939; 1950-5; 1960f). Neste caso, o objeto pode ou não sobreviver. Pode haver ou não a sobrevivência da mãe como objeto externo, do mesmo modo como pode haver ou não a sobrevivência do analista no lugar do objeto em situações clínicas. O sujeito, então, está constantemente criando e recriando o objeto, tentando descobrir a sua própria experiência de externalidade, e isso depende da capacidade do objeto de sobreviver. Nesta acepção, sobreviver significa tão somente não retaliar o bebê diante de sua demanda, ou seja, não retaliar o gesto espontâneo e impulsivo primitivo do bebê. Trata-se de atender à “urgência cumulativa da vida” do infante (Winnicott, 1968g, p. 80).

A mãe, portanto, tem uma importante função a cumprir, toda vez que seu bebê morder, arranhar, puxar os seus cabelos ou chutar, qual seja, a função de sobreviver. O resto é com o bebê. Se a mãe sobreviver ao impulso cruel e agressivo, o bebê encontrará um novo significado para a palavra “amor” e, conseqüentemente, a fantasia surgirá na sua experiência subjetiva. “É como se o bebê agora pudesse dizer para sua mãe: ‘Eu a amo por ter sobrevivido à minha tentativa de destruí-la. Em meus *sonhos* e em *minha fantasia* eu a destruo sempre que penso em você, pois a amo’” [itálicos do autor] (Winnicott, 1968g, p. 26). É isto que “objetifica” a mãe, colocando-a num mundo que não é parte do bebê, tornando-se útil, pois a base do desenvolvimento saudável dos seres humanos é a sobrevivência do objeto que foi atacado (Winnicott, 1968g).

Por outro lado, essa experiência permite ao bebê experimentar o desenvolvimento do sentimento de culpa, gerado a partir de um conflito entre o amor e o ódio vivido internamente pelo bebê. O sentimento de culpa implica na possibilidade de tolerar a ambivalência oriunda desse conflito, que se origina do amor e do ódio inconscientes (Winnicott, 1958b). Trata-se de mais uma etapa no

crescimento emocional do indivíduo, no qual se inclui o elemento instintivo do bebê, que vai, em média, até o primeiro ano de vida. Quando o infante começa a experimentar culpa, o ego começa a fazer as pazes com o superego em formação. A realidade externa começa a se constituir como possível para o bebê, de modo a possibilitar a ele diferenciar o “eu” do “não eu”. Nesse contexto, quando a mãe começa a se adaptar aos ataques cruéis do bebê, suportando-os, o bebê passa a reconhecer que o alvo dos seus ataques é a mesma mãe que ele ama e que cuida dele, proporcionando-lhe duas coisas: primeiro, a sua sobrevivência aos ataques ao seu corpo e, segundo, o resultado desse ataque no corpo do bebê, de acordo com uma predominância de satisfação ou de frustração e raiva vividas através destes mesmos ataques. Quando ele reconhece que o objeto danificado é a própria mãe que ele mesmo ama, está aberta a passagem para a reparação e o concernimento, e daí podemos observar o início do estatuto de unidade no bebê. Por fim, o bebê desenvolve a capacidade de reunir os componentes instintivos, agressivos e eróticos em uma única experiência sádica, bem como a capacidade de encontrar um objeto quando a excitação instintiva está em seu ponto mais alto (Winnicott, 1958b).

Uma vez que a mãe se coloque nesse lugar para os ataques sádicos do bebê ao seu seio, verificamos que o bebê efetua uma reparação pelo seu gesto cruel, aceitando as responsabilidades pela fantasia total do impulso instintivo que era previamente impiedoso. Logo, a crueldade passa a ceder o lugar à piedade, e o pré-concernimento cede lugar ao concernimento – parte do desenvolvimento emocional do bebê durante a dependência absoluta. A isso Winnicott (1958b, p. 27) chamou de “círculo benigno”. O círculo benigno se caracteriza pela experiência instintiva no bebê; uma aceitação da responsabilidade que se chama “culpa”; uma resolução ou elaboração dos ataques cruéis ao seio materno e um gesto restitutivo ou reparador verdadeiro aos seus impulsos agressivos. De acordo com Abram (2000, p. 177), o resultado do esforço diário do “círculo benigno” é que o bebê se torna capaz de tolerar o “buraco” ou “vazio” resultante do amor pulsional, ao mesmo tempo em que passa a desenvolver o sentimento de culpa, a única culpa verdadeira que surge da união das duas mães e do amor tranquilo e excitado, do amor e do ódio.

Agora que verificamos o sentido e o valor da amamentação e da alimentação do bebê em sua relação com a comunicação, talvez possamos fazer

uma pequena digressão e analisar a comunicação estabelecida pelo bebê durante o processo de digestão.

O processo de digestão, conforme sabemos, não é visível a olho nu, mas podemos perceber quando ele se inicia. Quando os bebês começam a sentir fome, além do choro, do balé de braços e pernas que indicam o seu estado de excitação, podemos ver a saliva escorrer no canto da sua boca. De acordo com Winnicott, os bebês não engolem a saliva, pois esta é a sua forma de mostrar ao mundo que eles têm interesse de apoderar-se das coisas que o cercam. Com isso, também podemos observar que o bebê está excitado especificamente na boca, mas não só; as mãos e pés acompanham este estado de excitação em busca de satisfação da sua necessidade pelo alimento. “A boca está preparada. O almofadado dos lábios, nessa época, é muito sensível e ajuda a fornecer um elevado grau de sensação de prazer oral que o bebê nunca mais voltará a ter em sua vida ulterior” (Winnicott, 1965b, p. 37).

Ora, se a mãe amamenta ao peito, podemos observar como ela deixa que o bebê fique com as mãos livres para explorar seu corpo. Quando a mãe expõe seu seio, a tessitura da pele e seu calor passam a ser sentidos pelo bebê e a distância entre o seio e o bebê pode ser calculada, pois ele dispõe de uma reduzida nesga de mundo onde alojar objetos, que pode ser alcançada pela boca, pelas mãos ou pelos olhos. De acordo com Winnicott, os bebês ignoram no início que os seios fazem parte da mãe, porém, se o rosto deles toca o seio, eles não sabem se aquela sensação agradável provém do seio ou do rosto materno. “De fato, os bebês brincam com as bochechas e arranham-nas, exatamente como se fossem seios, e há toda a razão para que as mães permitam aos filhos o máximo de contato que eles queiram” (Winnicott, 1965b, p. 50). Mais cedo ou mais tarde, continua Winnicott, haverá um contato entre o mamilo materno e a boca do bebê. Esse contato faz o bebê pensar que talvez exista alguma coisa fora da boca que valha a pena procurar:

A saliva começa a correr; de fato, poderá fluir tanta baba que a criança acabe por gostar de a engolir e, por algum tempo, quase nem precisa de leite. Gradualmente, a mãe capacita o bebê a compor na imaginação aquilo que ela realmente tem para lhe oferecer, e o bebê começa a levar o mamilo à boca, e alcançá-lo até a raiz com as gengivas e a mordê-lo, talvez mesmo a chupá-lo (Winnicott, 1965b, p. 51).

Nos “*Três Ensaios da Teoria da Sexualidade*”, Freud já havia descrito a mesma passagem do processo de alimentação, mas referindo-se a um contexto completamente diferente daquele investigado por Winnicott. Para o psicanalista vienense, o primado da sexualidade encontra-se na boca, primeiro órgão a surgir como zona erógena e a fazer exigências libidinais à mente desde o momento do nascimento. O sugar, para ele, é uma das primeiras exteriorizações da pulsão que não necessariamente tem por finalidade a nutrição, pois, uma vez dirigida para o próprio corpo, ela é basicamente autoerótica, buscando um prazer já vivenciado e, portanto, lembrado. Para Freud, a satisfação está na sucção rítmica de alguma parte da pele ou da mucosa, tal como ela é vivenciada quando a criança está ao seio ou quando suga o próprio polegar. “Quem já viu uma criança saciada recuar do peito e cair no sono, com as faces coradas e um sorriso beatífico, há de dizer a si mesmo que essa imagem persiste também como norma da expressão da satisfação sexual em épocas posteriores da vida” (Freud, 1905b, p. 171).

Contrariamente às ideias de Winnicott, Freud afirma ainda que o que está presente nesse ato não é a satisfação de uma necessidade, mas o prazer de sugar em si mesmo, o que o levou a postular, na sequência, o conceito de autoerotismo (Freud, 1905b). Trinta e três anos depois, em um texto chamado “*Esboço de Psicanálise*”, Freud volta ao tema da satisfação das necessidades do bebê, afirmando que “o sugar” (chuchar) evidencia o primado da sexualidade como atividade autoerótica durante a alimentação do bebê, contrariando as teses de Winnicott que reforçam o papel das necessidades físicas:

Inicialmente, toda a atividade psíquica se concentra em fornecer satisfação às necessidades dessa zona. Primariamente, é natural, essa satisfação está a serviço da autopreservação, mediante a nutrição; mas a fisiologia não deve ser confundida com a psicologia. A obstinada persistência do bebê em sugar dá prova em estágio precoce, de uma necessidade de satisfação que, embora se origine da ingestão da nutrição e seja por ela instigada, esforça-se todavia por obter prazer independentemente da nutrição e, por essa razão, pode e deve ser denominada de sexual (Freud, 1940 [1938], p. 166-167).

Enquanto que Winnicott enfatiza a satisfação de uma necessidade corporal do bebê por meio da amamentação, o bebê freudiano busca um prazer já experimentado e agora repetido e rememorado por meio do sugar. O seio materno deu lugar a uma experiência primária de satisfação que o familiarizou com esse prazer. Aqui temos a imagem construída por Freud (1905b) dos lábios funcionando como uma zona erógena e o fluxo do leite morno da mãe adentrando

na boca da criança, funcionando como estímulo à sensação de prazer que o bebê procura repetir, totalmente desvinculado da necessidade de alimento. O que antes acompanhava e se confundia com a função de nutrição, agora torna-se completamente independente, tanto desta função, quanto do objeto (alimento/leite materno), constituindo-se de forma autoerótica. No autoerotismo, o objeto passa a fazer parte do próprio corpo do bebê por meio da sucção do polegar, o que levou Freud a desenvolver a noção de “apoio”. Trata-se da mãe internalizada sob a forma de objeto erótico através da amamentação, situação da qual tem origem o amor:

O primeiro objeto erótico de uma criança é o seio da mãe que a alimenta; a origem do amor está ligada à necessidade satisfeita de nutrição. Não há dúvida de que, inicialmente, a criança não distingue entre o seio e o seu próprio corpo; quando o seio tem de ser separado do corpo e deslocado para o “*exterior*”, porque a criança tão frequentemente o encontra ausente, ele carrega consigo, como um “*objeto*”, uma parte dos investimentos libidinais narcísicos originais [itálicos do autor] (Freud, 1940 [1938], p. 202).

Malgrado Freud enfatize o surgimento do amor a partir da satisfação das necessidades do bebê, a ênfase neste caso ainda recai sobre o primado da sexualidade e do autoerotismo. Em Winnicott, o autoerotismo sai de cena e entra em seu lugar o ambiente materno fornecendo o “apoio às necessidades corporais e emocionais do bebê. Não é o leite materno que tem a função apenas de nutrição, é o conjunto da relação mãe-bebê que atinge o seu objetivo: a mãe, como o continente no qual o bebê mergulha; o seio materno, como o objeto com o qual o bebê estabelece uma relação primitiva com o mundo externo; o bico do seio da mãe, que produz satisfação das necessidades do bebê junto com o leite, além do contato da mãe, do seu cheiro, do seu gosto e do seu corpo como um todo, produzindo uma imagem mental da mãe no mundo interno do bebê. Nestes termos, o que vai para dentro do bebê é o conjunto de sentimentos representados pela imago materna sob a forma do leite: “O estômago é, pois, como uma miniatura interna de boa mãe”, diz Winnicott (1965b, p. 39). Quando o bebê está tranquilo, o estômago do bebê não sofre nenhuma alteração. Se antes praticamente tudo no regime alimentar era vivido como tensão na interioridade do corpo do bebê, com a amamentação tranquila ele pode começar a experimentar a sensação de estar sendo alimentado pelo ambiente materno. No entanto, “se a mãe do bebê estiver num estado de tensão (como pode suceder algumas vezes), o bebê também fica tenso e, nesse caso, o estômago levará mais tempo a adaptar-se ao aumento

do volume de alimento nele contido” (Winnicott, 1965b, p. 39-40) ⁴⁰. A mamada, neste caso, não será uma boa experiência para o bebê, e ele certamente terá que se esforçar para constituir um conjunto de mamadas significativas no intuito de “descobrir o mundo” criativamente.

O caso da excreção funciona de modo bastante análogo, de acordo com a teoria do desenvolvimento emocional. Winnicott afirma que nada deve ser forçado para que o bebê ponha para fora o que ele recebeu como forma de amor da mãe, durante o processo de amamentação ou quando a mãe começa a adicionar alimentos pastosos ou sólidos na dieta do bebê. Neste caso, poderá haver outra forma de comunicação entre a mãe e o bebê que indique que algo novo aconteceu e que deve ser igualmente comunicado à mãe:

Se a mãe souber esperar, mais cedo ou mais tarde acabará verificando que o bebê, deitado em seu berço, descobre uma maneira de dar a conhecer que evacuou; e em breve você conseguirá indícios de que vai haver uma evacuação. Assim se estabelece uma nova relação entre o bebê e a mãe; *ele não pode comunicar-se com a mãe à maneira habitual dos adultos*, mas encontrou um meio de *falar sem palavras* [itálicos nossos] (Winnicott, 1965b, p. 45).

A excreção, para o bebê, é um modo especial de comunicar-se com a mãe e tem o significado de um valioso “presente”. Do ponto de vista da mãe, ela sente-se gratificada e fortalecida por essas pequenas dádivas que o bebê lhe oferece. Do ponto de vista do bebê, a excreção dá continuidade ao desenvolvimento maturacional no sentido de uma integração, e, ao mesmo tempo em que vai se desenvolvendo, ele passa a aceitar a responsabilidade por sua destrutividade nos momentos de excitação em relação à mãe. A excreção, para o bebê, funciona então como uma forma de ressentir-se pela vazão dada aos seus instintos (Winnicott, 1962e). O mais importante neste tipo de experiência, diz

⁴⁰ Em uma determinada passagem, Winnicott nos lembra que “ ‘seio bom’ é o jargão que, de modo geral, significa uma maternidade e uma paternidade satisfatórias. (...) O ato de segurá-lo e manipulá-lo [o bebê, em termos de *holding* e *handling*] é mais importante, em termos vitais, do que a experiência concreta da amamentação [acréscimo nosso] (Winnicott, 1968f, p. 21). Ou seja, as palavras “seio” e “amamentação”, para o autor, significam uma técnica do ser de uma mãe suficientemente boa para o bebê. Nos casos em que o bebê não pode ser amamentado ao seio, existem outros meios pelos quais as mães podem desenvolver uma intimidade física com o seu bebê. De acordo com Winnicott, o fato de a mãe e o bebê se olharem nos olhos durante o ato de amamentação não depende diretamente do uso do verdadeiro seio, porque a palavra tanto pode ser usada para esta parte do corpo feminino como para a mamadeira que alimenta o bebê. “Esta afirmação, porém, deixa margem a dúvidas, uma vez que o gosto, o cheiro e a experiência sensual da amamentação estão ausentes quando o bebê se vê às voltas com o bico de borracha da mamadeira” (Winnicott, 1968f, p. 24-25).

Winnicott, “não é manter o bebê limpo: é atender ao apelo de um ser humano” (Winnicott, 1965b, p. 45).

Algumas vezes o bebê poderá ficar assustado pelo movimento da evacuação que se aproxima, sem compreender, de fato, do que se trata. Outras vezes poderá sentir que há um valor implícito, necessariamente adicionado pela mãe ou cuidadora quando a excreção começa a fazer parte da sua experiência subjetiva. Com o tempo, a mãe ficará habilitada a distinguir entre os momentos em que está ajudando o bebê a se livrar de coisas más que ficaram dentro dele, decorrentes da amamentação – os objetos maus internalizados –, e outros momentos em que ele está sendo recompensado pela eliminação dos seus excrementos, adicionando, assim, um valor ora positivo, ora negativo ao evento. As mães precisam aprender ainda que não há necessidade de o bebê “esvaziar” completamente o seu intestino e que haverá sempre algo dentro dele que poderá ou não ser eliminado em momentos posteriores. Caso a mãe não tenha pressa, diz Winnicott, ela deixará o reto do bebê se esvaziar naturalmente. Caso seja apressada, ela deixará sempre alguma coisa dentro do bebê, pelo simples fato de querer seu filho limpo o mais depressa possível. Em todo caso, a mãe estará falhando como ambiente materno, antecipando-se ou negligenciando a temporalidade do seu filho. Aqui, podemos dizer, Winnicott se aproxima das teses de Karl Abraham, discutidas no segundo capítulo deste trabalho, no que se refere a possíveis falhas ambientais no trato com a limpeza do bebê. Por exemplo, a mãe pode ter uma preocupação extrema em manter o bebê limpo todo o tempo, por nojo de suas evacuações. Se a mãe sente uma preocupação exagerada com as evacuações do seu bebê, ela pode invadir o núcleo do seu *self* e criar um bebê perturbado ou confuso quanto à natureza das suas excreções (Winnicott, 1965b).

O mesmo pode acontecer com o ato de urinar. O bebê aos poucos vai descobrindo naturalmente que existe uma espécie de recompensa se ele esvaziar totalmente a bexiga ou reter seu conteúdo. Segundo Winnicott (1965b), o bebê acha agradável ver-se livre da água, desenvolvendo uma espécie de “orgia da amamentação” que culminará na expulsão do que ficou retido dentro dele. Essa experiência vai enriquecer a vida da criança, tornando-a agradável, e transformando o corpo em algo que dá gosto de habitar – aqui vemos em ação a elaboração imaginativa dos elementos, sentimentos e funções corporais estabelecerem a sedimentação da psique no soma do infante. Assim, ao colocar

um acento na oralidade e nas excreções do bebê, Winnicott aproxima-se dos tipos clínicos e caracterológicos descritos por Karl Abraham, quais sejam: tipos de personalidade erótico-oral, erótico-uretral e erótico-anal. Está claro, portanto, o porquê da importância da mãe nos processos de alimentação e digestão do bebê.

A mãe sabe, de uma forma extremamente sensível, quais são os sentimentos de seu bebê com relação à excreção distinguindo entre a boa e a má substância. Ela ajuda o bebê a livrar-se dos gritos, dos berros, dos chutes e das substâncias excretadas, e está pronta para receber os presentes de amor nos momentos em que estes estão disponíveis. Ela vai ao encontro do potencial do bebê, de acordo com a forma em que a potencialidade dele se manifesta no momento, e na fase exata do desenvolvimento em que ele se encontra. *O treinamento faz com que toda esta sutil comunicação entre o bebê e a mãe fique muito mais difícil e perturbe o padrão que vem se delineando rumo a uma capacidade harmoniosa de doação e de esforços construtivos* [itálicos nossos] (Winnicott, 1967-1968, p. 58)

Assim, da experiência de amamentação à digestão e excreção, há uma comunicação simbiótica entre o bebê e a mãe a partir da experiência que ambos compartilham. O conjunto dessas experiências vai, pouco a pouco, constituindo o mundo interno, o *self* e, por conseguinte, o desenvolvimento da capacidade criativa do infante. Tudo é expressão das suas necessidades corporais e emocionais que vão sendo experimentadas pela mãe na medida em que ela tem condições de se colocar no lugar dele e pode lhe oferecer o mundo em pequenas doses, a cada momento em que o amamenta, acolhe e embala.

O leite da mãe não flui como uma excreção; é uma resposta a um estímulo, e este estímulo é a visão, o cheiro e o tato de seu bebê, e o choro do bebê, que expressa necessidade. É tudo uma coisa só: *o cuidado que a mãe toma com o bebê, e a alimentação periódica que se desenvolve como se fosse um meio de comunicação entre ambos – uma canção sem palavras* [itálicos nossos] (Winnicott, 1957c, p. 69)

Mãe e bebê experimentam, enfim, tanto uma dança como uma canção de ninar sem palavras, embalados pela simbiose dos seus corpos. Quando a mãe e o bebê estão embalados por essa canção, as palavras perdem seu efeito e podem muito bem ficar suspensas em um processo contínuo de comunicação e não comunicação, caso tudo corra bem. O que conta não é o que é dito, mas o que é visto e vivido um nos olhos do outro.

5.2.

A comunicação pelo olhar: uma recomendação silenciosa

A certa altura do livro “*O brincar e a realidade*”, ao retomar as palavras do filósofo Francis Bacon - que diz: “um rosto belo é uma recomendação silenciosa”⁴¹ -, Winnicott procura tecer as bases daquilo que ele chama de “função de espelhamento”:

Quando olho, sou visto, logo existo. Agora consigo olhar e ver. Agora, olho criativamente e o que eu apercebo eu também percebo. Na verdade, tomo cuidado para não ver o que não está lá para ser visto (a não ser que eu esteja cansado) [nossa tradução] (Winnicott, 1967j, p. 114)⁴².

Winnicott foi um dos principais autores da psicanálise que buscou analisar a comunicabilidade entre a mãe e o bebê a partir da “função de espelhamento”. Em um texto seminal notoriamente dedicado ao tema, “*O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil*” (Winnicott, 1967i), ele descreve as bases dessa comunicação humana a partir de uma experiência de mutualidade entre a mãe e o bebê. Baseado nas contribuições de Lacan (1949) sobre o tema, Winnicott paga um tributo ao psicanalista francês, ao afirmar que este o influenciou na sua compreensão sobre o papel do espelhamento, embora Lacan em momento algum tenha se referido ao espelho em termos do rosto materno, e, sim, no que um esquema ótico desempenha um papel importante no desenvolvimento do ego de cada indivíduo.

Além do próprio Winnicott, vários autores já chamaram a atenção para o papel do rosto da mãe e do bebê na interação e comunicação humana (Spitz, 1957; Almansi, 1961; Greenman, 1963; Goldstein e Mackenberg, 1966; Robson, 1967; Stern, 1974; 1977; 1991; 1992; Oster, 1978; Tronick, 1978; Tronick, 1979; Kaye e Fogel, 1980; Cohn e Tronick, 1987; Tronick e Cohn, 1989; Weinberg e Tronick, 1994; Kaplan et al., 1996; Golse, 1999; Safra, 2005; Graña, 2011a; 2007a; Socha, 2008; Toledo, 2009; Alvarez, 2011). Todos esses autores ressaltam, em maior ou menor grau, a importância do olhar no desenvolvimento psíquico do infante, principalmente no que se refere ao desenvolvimento da comunicabilidade humana. A literatura analisada evidenciou duas áreas

⁴¹ “*A beautiful face is a silent commendation*” (Winnicott, 1967j, p. 114). A citação em português encontra-se em Winnicott (1967i, p. 156).

⁴² “*When I look I am seen, so I exist. I can now afford to look and see. I now look creatively and what I apperceive I also perceive. In fact I take care not to see what is not there to be seen (unless I am tired)*”.

específicas de proposições teóricas. A primeira, cujos trabalhos foram pautados em pesquisas empíricas, desenvolvimentistas, cognitivistas e de psicolinguística, buscou evidenciar a importância da interação mãe-bebê a partir do reconhecimento de determinadas características da face humana, principalmente a triangulação presente nos olhos, nariz e boca; a importância do espelhamento para o desenvolvimento da comunicabilidade humana, quando a mãe endereça os primeiros sons ao infante; a necessidade de interação face a face durante a amamentação, de modo a evitar determinadas patologias psíquicas; o processo de identificação do bebê com os pais a partir do olhar que ambos destinam narcisicamente ao bebê; a acentuada interação face a face na relação mãe-bebê, na medida em que a idade dele avança; a função do espelhamento no que se refere à constituição do sexo e do gênero do bebê e nos processos de identificação; a diversidade de respostas do bebê a partir do que é vivido na interação face a face, no que se refere tanto a emoções quanto aos sentimentos vividos na relação dual; e, por fim, o desenvolvimento da aprendizagem dessas emoções e sentimentos a partir da interação face a face. A segunda área evidenciada refere-se aos trabalhos oriundos da observação psicanalítica da interação mãe-bebê, tal como apontado nos trabalhos de Esther Bick, Daniel Stern, René Spitz e seus interlocutores, de modo a efetuar intervenções precoces em bebês recém-nascidos, evitando distúrbios psíquicos graves, além do trabalho analítico propriamente dito, seja com pacientes adultos ou crianças, no qual alguns pacientes relatam a necessidade de olhar para o analista durante o processo terapêutico, contrariando a técnica analítica clássica de deitar o paciente no divã.

No entanto, em seu artigo, Winnicott é categórico:

No desenvolvimento emocional individual, *o precursor do espelho é o rosto da mãe* (...). Nas primeiras fases do desenvolvimento emocional do bebê humano, um papel vital é desempenhado pelo meio ambiente, que, de fato, o bebê ainda não separou de si mesmo. Gradativamente, a separação entre o não eu e o eu se efetua, e o ritmo dela varia de acordo com o bebê e com o meio ambiente. As modificações principais realizam-se quanto à separação da mãe com aspecto ambiental objetivamente percebido. Se ninguém ali está para ser mãe, a tarefa desenvolvimental do bebê torna-se infinitamente complicada [itálicos do autor] (Winnicott, 1967i, p. 153).

Para que o espelhamento ocorra, é preciso mais uma vez que a mãe se constitua como esse continente para que o bebê possa se desenvolver. É sabido que, durante esses primeiros instantes de vida, a percepção dos bebês está muito

aguçada. Muitos deles conseguem capturar as mudanças de humor característico de um estado depressivo, maníaco ou psicótico na mãe, no pai ou cuidadora, e reagem a essas mudanças. Segundo Stern (1992), os recém-nascidos desenvolvem seu sistema visual-motor muito rápido, enxergando razoavelmente bem na distância focal certa, controlando os movimentos dos olhos responsáveis pela fixação e busca visual de objetos. Eles aprendem a avaliar o estado de espírito dos pais a cada dia e, às vezes, aprendem inclusive a ficar de olho no rosto da mãe durante quase todo o tempo, corroborando pesquisas desenvolvimentistas que afirmam que os bebês preferem olhar para rostos humanos em vez de outros padrões visuais variados. Esse tipo de experiência faz com que o rosto do ambiente materno seja importante para o bebê, pois, na medida em que ele se vê refletido nos olhos da mãe, e no que ela reflete em seus olhos, o olhar vai se tornando uma das formas pelas quais ele vai integrar a sua vivência com o ambiente materno, integrando ainda, por conseguinte, seu ego, seu mundo interno e seu *self*. Os problemas decorrentes da falta de olhar da mãe para o bebê podem trazer consequências graves em termos de distúrbios emocionais ou psíquicos.

Ainda de acordo com Stern (1992), a partir de suas pesquisas, os bebês preferem a simetria no plano vertical, característico dos rostos humanos, à simetria no plano horizontal, o que não é uma novidade para os pais, pois estes desde cedo tendem intuitivamente a alinhar seus rostos ao rosto do bebê no plano vertical, fazendo com que eles se interessem em fixar o olhar nos olhos dos seus cuidadores. Essa tese também é corroborada por Golse (1999), ao afirmar que os bebês sentem uma extraordinária atração pelo rosto humano, no início da vida, e procedem a uma verdadeira exploração visual do contorno do rosto humano adulto (antes mesmo de explorar outros elementos da face, tais como os olhos, o nariz, a boca, etc.). Essa etapa da exploração do contorno da face corresponde as duas ou três primeiras semanas de vida do bebê, “nas quais predomina o olhar ‘colado-molhado-suspenso’ (...) enquanto a exploração do interior do rosto envolveria (...) a utilização do olhar ‘penetrante’, que não exclui o anterior” (Golse, 1999, p. 83). A falta de um olhar comunicativo, ou seja, um olhar que deixa a desejar em termos do que é transmitido ao bebê (afeto, carinho, cuidado, desejo), pode ser experimentado pelo infante como verdadeiramente aterrador.

Tomemos um exemplo, a partir da famosa experiência denominada “*Still Face Experiment*” (numa tradução literal, “o experimento do rosto estático”)

realizada por alguns psicólogos desenvolvimentistas. Esse experimento foi realizado com crianças de dois meses até um ano de idade para tentar identificar padrões de comportamentos e de reciprocidade na interação mãe-bebê, tais como sorrir, chorar, se relacionar, assim como emoções e sentimentos compartilhados (Rochat, 2004)⁴³. Nele, um bebê é colocado em seu carrinho e passa a interagir com a mãe. Ela conversa com ele, o toca, chama seu nome, faz uso de prosódias e passa a falar “como um bebê”. Este, por sua vez, responde aos estímulos da mãe. Ele sorri, olha em seus olhos, tenta tocar em seu rosto, em uma palavra, interage com seu ambiente materno. Em um determinado momento, a mãe vira-se, para que o bebê perca a memória do seu rosto, e, quando esta volta a olhá-lo, apresenta-lhe um rosto estático, imóvel, parado, sem esboçar emoções ou sentimentos, sem dar-lhe um sorriso, sem falar, sem interagir, uma “*still face*”. O bebê no início estranha e tenta entrar em contato com a mãe de todas as formas. Ele sorri, mas ela não devolve o seu sorriso. Tenta tocar-lhe o rosto, mas ela está muito distante do seu alcance. Ele grita, mas ela não se mexe diante do seu apelo. Começando a se desesperar, o bebê olha em volta, aponta para diversos lugares e sorri mais uma vez para a mãe, como se dissesse: “O que é que está acontecendo? Onde está a minha mãe? Tragam-na de volta!”. Finalmente, um estado excitado começa a emergir. O bebê começa a chorar mais ainda, mexe os braços e as pernas, e, depois de alguns poucos segundos, a mãe – que ainda encontrava-se com um rosto imóvel e sem esboçar qualquer emoção - volta-se para o seu bebê dizendo: “Está tudo bem, mamãe está aqui, não precisa chorar”. O bebê cai em seus braços e ali se aloja, sentindo-se reconfortado. Neste momento, portanto, a mãe promove a reparação da experiência aterradora que o bebê vivenciou. Nota-se com facilidade o quão aterrador é para o bebê passar por uma experiência como esta, na qual ele não se vê refletido nos olhos e no rosto materno.

Ora, Winnicott já se referira à importância do olhar na subjetividade do bebê havia mais de quatro décadas, de modo a evitar as defesas organizadas do tipo “falso *self*”, do colapso e das agonias impensáveis. Se a mãe falha em termos de *holding*, *handling* e apresentação dos objetos, conforme vimos, ela estará falhando na comunicabilidade com o seu bebê, e, portanto, não se constituirá como um ambiente suficientemente bom.

⁴³ Um vídeo mostrando essa experiência encontra-se disponível no site do YouTube no link: <http://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0>.

Desde as primeiras semanas de nascimento, alguns bebês observam o rosto da mãe de maneira significativa (Winnicott, 1969a), principalmente quando são amamentados. Eles podem olhar para o seio enquanto se alimentam, mas também pode ser que eles procurem no rosto da mãe, o que é mais comum, os laços do encantamento que os liga. E o que vê o bebê quando olha para o rosto da mãe, pergunta-se Winnicott? Resposta: “Sugiro que, normalmente, o que o bebê vê é ele mesmo. Em outros termos, a mãe está olhando para o bebê e *aquilo com o que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali*” [itálicos do autor] (Winnicott, 1967i, p. 154). No entanto, muitos bebês podem não receber de volta o olhar materno a quem ele se destina. Eles olham e não veem a si mesmos. A mãe pode estar sofrendo de uma grande depressão, ou não ter cedido à preocupação materna primária, entrando em contato íntimo com o seu bebê. A mãe, para ele, nada mais é do que uma “mãe morta”, na forma referida por Green (1988). Não se trata de uma morte real; a mãe morta aqui se refere a um objeto interno morto, sem vida, sem possibilidade de se constituir como um vínculo sadio para o bebê e sem possibilidade de desenvolver com ele qualquer tipo de comunicação. Quanto a isso, diz Winnicott, há consequências significativas: primeiro, a capacidade criativa do bebê começa a se atrofiar, dado que ele não encontra o seio e o olhar materno reunidos em uma única experiência, para desenvolver o sentido de onipotência a partir do processo de ilusão primária. Por consequência, o *self* do bebê busca uma forma de se defender da falta de acolhimento materno, protegendo-se da invasão ambiental. Poder-se-ia perguntar se essa experiência não seria disruptiva em crianças que nasceram cegas, na medida em que elas não possuem meios de entrar em contato com o rosto da mãe. Ocorre que as crianças cegas não precisam necessariamente ser espelhadas apenas pela visão, mas por todo um conjunto de sentidos que fazem parte sua experiência corporal e subjetiva, e, de igual modo, a mãe tenta compensar a falta do olhar por outros meios, de modo sensível, empático e verdadeiramente emocional. Em segundo lugar, o bebê se acostuma à ideia de que, ao olhar para sua mãe, o que ele encontrará certamente é o rosto materno. O rosto materno não é um espelho, diz Winnicott, ele é o seu precursor: “Assim, a percepção toma o lugar da apercepção, toma o lugar do que poderia ter sido o começo de uma troca significativa com o mundo, um processo de duas direções no qual o autoenriquecimento se alterna com a descoberta do significado do mundo das coisas vivas” (Winnicott, 1967i, p.

154-155). Ao passo em que a criança se desenvolve e o processo maturacional torna-se mais apurado, as identificações entre a mãe e o bebê se multiplicam e este passa a ser menos dependente dos rostos paterno e materno ou qualquer outro com o qual ele estabeleça um relacionamento (Winnicott, 1967i).

A importância do papel do espelhamento na relação materno infantil também é destacada por Ogden (1996) e Robson (1967). Para Ogden (1996), o espelhamento não é uma relação de identidade entre a mãe e o bebê, e sim uma relação de relativa semelhança e diferença, na qual a mãe, em seu papel de espelho, por meio do seu reconhecimento e identificação com o estado interno do bebê, permite que ele se veja como um outro, ou seja, a uma certa distância do seu *self* que observa e experiencia. A experiência de se ver fora de si mesmo, a partir da mãe/outro (*m/other*) especular, diz Ogden, não é uma experiência na qual predomina a diferença entre o *self* e o objeto (“mim” [*me*] e “não mim” [*not me*]), mas uma vivência da diferença entre eles – o “*self*-como-sujeito” e o “*self*-como-objeto”. Quando o bebê observa o reflexo de si mesmo na mãe, isto produz uma experiência de autoconsciência ou autorreflexão, ou, em suas palavras, uma percepção de uma “mim-dade” (*me-ness*) observável. A mãe/outro (*m/other*), descrita desse modo, proporciona uma subdivisão das vivências do bebê: um como observador e outro como sujeito-como-objeto com um espaço de reflexão entre ambos.

A experiência de eu-como-sujeito só pode existir na medida em que “eu” também exista como, mas seja diferente de, mim (eu-como-objeto). A experiência de eu-como-sujeito requer a existência de mim (eu-como-objeto) porque, de outra forma, a existência própria fica sem forma. De modo similar, o *self*-como-objeto (mim) pressupõe o eu-como-sujeito observador que me reconhece (Ogden, 1996, p. 49).

“Eu” e “mim” só fazem sentido se eles forem relacionados entre si, ou seja, cada forma de experiência da subjetividade vivida na relação mãe bebê cria a outra e é totalmente dependente dela. De acordo com Ogden, “eu” e “mim” não podem ser criados pelo bebê isoladamente da mãe. Ele necessita da relação especular para se ver como outro dele mesmo nos olhos e no rosto materno.

Para Robson (1967), o olhar mútuo entre o bebê e a mãe media uma substancial parte da relação não verbal entre eles nos primeiros seis meses, favorecendo a proeminência do desenvolvimento intrapsíquico e interpessoal do bebê. Há um prazer materno ao reconhecer o olhar do seu bebê dirigido a ela e o

prazer dele por meio do sorriso quando seus olhos encontram os da mãe, reconhecendo-a. Em termos psíquicos, poderíamos dizer que há uma tríplice hélice narcísica no reconhecimento desse olhar pontuado pela expressão “eu vi que você viu que eu vi”, ou seja, onde o bebê reconhece que **a mãe o viu** no mesmo instante em que **ele a viu** (Rocha, 2010). Esta é uma fase importante para que o bebê possa passar para uma fase seguinte: “**eu vi** que você **me viu** como **eu me vejo**”. O bebê necessita não só que a mãe o veja, mas o reconheça da forma como ele mesmo se vê nos olhos dela. Ser reconhecido é uma necessidade básica que o ser humano tem assim que vem ao mundo, e essa experiência perdurará por toda a vida, buscando no outro esse reconhecimento que um dia experimentou. O espelhamento não é uma experiência que se dá unicamente pelo olhar, conforme parecemos estar ressaltando, mas por todo um conjunto de experiências mútuas entre a mãe e o bebê, no qual se inclui o olhar. Por outro lado, a falta do reconhecimento do olhar materno, para o bebê, pode ser um indicativo de doença da mãe e ocasionar algum distúrbio psíquico no bebê. De igual modo, a falta de sustentação do olhar do bebê para a mãe, ou para qualquer pessoa do seu círculo, pode dar indícios de que um grave distúrbio psíquico já se encontra em grau avançado.

Ainda de acordo com Robson (1967), o contato olho no olho é um dos componentes na matriz do comportamento materno-infantil que promove interações recíprocas. A natureza do olhar entre a mãe e o bebê colabora para o desenvolvimento da interação entre ambos convergindo para a intimidade deste par. Os laços que unem a mãe e seu bebê são afetados por esse contato (mas não só) durante os cuidados ambientais fornecidos pela mãe ao seu filho. Uma forma de conceber essa relação mãe-bebê e que influencia no vínculo (*attachment*) é o modo como o bebê experimenta fenomenologicamente o mundo que o cerca: bebês são eminentemente visuais, mas também são auditivos, táteis e sinestésicos, na medida em que eles exploram o mundo externo com o seu sistema perceptivo. Quanto a isso, Winnicott complementa:

É nestes primeiros estágios de comunicação entre o bebê e a mãe que esta última está assentando as bases da futura saúde mental do bebê, e no tratamento das doenças mentais defrontamo-nos, necessariamente, com os pormenores das falhas iniciais de facilitação. Descobrimos as falhas, mas (lembrem-se!) os êxitos se manifestam em termos do desenvolvimento pessoal que os recursos ambientais bem-sucedidos tornaram possível. Pois o que a mãe faz, quando o faz suficientemente bem, é facilitar os processos de

desenvolvimento do bebê, tornando-lhe possível, até certo ponto, realizar o seu potencial hereditário (Winnicott, 1968g, p. 90).

Estudos da psicologia dinâmica e de observação com bebês recém-nascidos têm enfatizado a importância do olhar na constituição do aparelho psíquico e da comunicabilidade humana, principalmente durante o processo de alimentação. De acordo Spitz (1957), é inevitável que em qualquer articulação promovida pela criança entre a comunicação e a alimentação devam ser levados em conta todos os órgãos responsáveis por essa experiência, principalmente os que fazem parte imanente deste processo e que estão diretamente relacionados à comunicação verbal humana.

Para Spitz, os principais órgãos responsáveis pela comunicação humana, os lábios, a língua, os dentes, as cordas vocais, os pulmões e o diafragma, desenvolvem-se em íntima conexão anaclítica com a oralidade, cujas experiências propiciam as estruturas primárias da fala. Sem as experiências da oralidade da primeira infância, provavelmente não haveria o desenvolvimento da comunicação verbal humana, afirma Spitz (1957). Além disso, essa comunicação não é unilateral, da mãe para o bebê ou do bebê para com a mãe. Ela é uma comunicação recíproca que faz com que ambos desenvolvam uma simbiose durante o tempo em que permanecem juntos. Um exemplo disso encontra-se no próprio Spitz que relata uma comunicação inconsciente do bebê para a mãe pautada na fisicalidade do seu corpo. No consultório pediátrico, duas mães esperam a hora de terem seus bebês atendidos. O primeiro ainda é amamentado via seio, enquanto que o segundo já fora desmamado havia poucos meses e passara a ter contato com alimentos pastosos. O primeiro bebê agita-se e a mãe logo compreende que está na hora de oferecer-lhe o seio. Em pouco tempo, o segundo bebê também passa a se agitar, chora, esperneia, grita, chamando a atenção da mãe que não compreende sua excitação, pois havia pouco tempo tinha sido alimentado antes de vir para a consulta. No entanto, sem compreender o que faz o seu bebê se agitar tanto, vendo o outro sendo amamentado, ela não observa que duas nódoas passam a manchar sua roupa na altura do peito, vertendo leite materno. O exemplo citado não é tão incomum para as mães, e mostra como a comunicação simbiótica entre a mãe e o bebê não é um movimento de mão única, e, sim, uma comunicação entre inconscientes que articula e mobiliza o corpo materno para o atendimento das necessidades do bebê.

Além disso, a articulação feita pelo bebê entre a comunicação e a alimentação mobiliza o conjunto de órgãos necessários ao processo de sucção, a saber: a boca como aquela que recebe o bico do seio ou da mamadeira; a língua que empurra o leite em direção ao esôfago e ao estômago; o estômago onde o leite materno será processado durante o longo percurso da digestão; o intestino no qual o leite materno será absorvido e transformado em fezes, até chegar ao processo da excreção. Há, portanto, uma íntima conexão entre os órgãos da alimentação e os elementos corporais responsáveis pela comunicação verbal. Mas, se as experiências da amamentação e da oralidade são tão importantes para o desenvolvimento da comunicação do bebê humano, poderíamos pensar que qualquer criança que não passou por essas experiências poderia ter o seu desenvolvimento verbal prejudicado. Entretanto, não é o que afirma um estudo de caso publicado pelo mesmo autor no final dos anos cinquenta, ao analisar uma criança durante os dois primeiros anos de vida que fora alimentada diretamente por uma sonda gástrica.

Mônica nasceu com atresia do esôfago⁴⁴, produzindo no terceiro dia de vida uma fistula de esôfago em seu pescoço, e no quarto, uma fístula gástrica em seu abdômen. Ela foi alimentada por meio de uma sonda nos seus primeiros vinte e um dias de nascida, e aos quinze meses foi readmitida no hospital para dar continuidade ao seu tratamento. O caso ressalta o papel exercido pela boca na ontogênese da comunicação por via da exclusão. No caso deste bebê, a função do prazer oral estava dissociada do processo de alimentação, pois Mônica não pôde ser alimentada por via oral antes de completar vinte e três meses de vida. Durante todo o tempo, ela foi nutrida pela sonda introduzida na fístula gástrica no seu abdômen, comportando-se com o funil da sonda que a alimentava de modo semelhante como se fosse amamentada ao seio ou à mamadeira, tocando-o, explorando-o, acariciando-o durante a refeição e empurrando com as mãos quando o recusava. Aqui, duas proposições podem ser ventiladas: 1) o início da comunicação humana está fortemente baseado no fato de que a boca é o elemento empregado tanto para ingestão de alimentos quanto para a fala; 2) que o balanço

⁴⁴ A atresia do esôfago é uma má formação congênita caracterizada pelo mau desenvolvimento do órgão durante a formação embrionária. Como sintoma, podem ocorrer estreitamento ou completa obstrução do lúmen esofágico, fazendo com que o esôfago superior não se comunique com o esôfago inferior e o estômago, necessitando, para tanto, de um procedimento cirúrgico para administrar alimentação por meio de uma sonda, e posterior cirurgia corretiva no trato do esôfago.

de cabeça do bebê carente, como sinal de recusa do alimento (dizer “não” através do meneio da cabeça), é uma regressão aos padrões de comportamento relacionados com a alimentação oral.

Ora, de acordo com Spitz, no caso de Mônica, a nutrição deslocou-se da boca para a fístula abdominal, na qual nem a boca, nem a cabeça se envolveram especificamente em relações gratificantes de suas necessidades. Mônica sequer empregou o meneio da cabeça com o propósito de comunicação semântica, fosse por meio de gestos e expressões positiva ou negativamente, fosse por meio de comunicação verbal. No entanto, a partir do momento em que a alimentação passou a ser administrada por via oral (graças à operação de anastomose colônica subesternal⁴⁵), a criança passou a empregar a negação pelo meneio da cabeça, abrindo a porta para a aquisição gradual das habilidades verbais (Spitz, 1957, p. 94). Ou seja, para Mônica, o seio nunca existiu, ela apenas tinha o conhecimento da redução de tensão quando seu estômago estava cheio, ao ser alimentado pela sonda. Mônica pôde experimentar estados excitados e tranquilos no que se refere à necessidade de alimentação, da mesma forma que uma criança amamentada por via oral, seja no seio ou mamadeira, e integrar essa experiência de ser alimentada pela sonda gástrica na sua experiência subjetiva. Dito de outro modo, ela pôde experimentar os mesmos processos do desenvolvimento emocional primitivo, independente da patologia que a acometia.

As teses de Spitz também são reforçadas por Stern (1992) ao apontar a interação mãe-bebê e o comportamento do olhar mútuo durante os seis primeiros meses de vida do infante. De acordo com o autor, o modo pelo qual os bebês regulam sua própria estimulação e contato social através do olhar é muito semelhante ao modo como eles passam a interagir com a mãe ao final do primeiro ano de vida, afastando-se ou retornando ao contato materno, o que dá indícios de que desde cedo o bebê busca experimentar uma autonomia e independência do ambiente materno. Essa autonomia e independência são constituídas pela aprendizagem do significado do “não” na experiência subjetiva do bebê, seja por meio do afastamento do olhar, seja por gestos e expressões, ou ainda por meio de determinadas entonações vocálicas entre os quatro e sete meses de idade, o que faz com que a criança comece a dimensionar o significado do “não” e do “sim” a

⁴⁵ Cirurgia para correção do percurso alimentar.

partir do momento em que for inserida na linguagem passando a desenvolver a comunicação verbal, por volta dos dois anos de idade. O próprio Winnicott, respondendo a perguntas de mães durante uma série de palestras radiofônicas na BBC de Londres, enfatizou a importância de os pais ensinarem para as suas crianças o reconhecimento da palavra “não”, pois, ao final do primeiro ano de vida, algumas palavras já começam a fazer sentido na forma como elas se comunicam com o mundo ao seu redor. Como podemos observar, a linguagem verbal, no pensamento de Winnicott, só faz sentido em uma etapa muito posterior do desenvolvimento do bebê. De acordo com o autor, aos doze meses, apenas algumas palavras podem vir a fazer sentido para o bebê como palavras de fato, ao passo que aos vinte e quatro meses as explicações verbais começam a ser uma forma de comunicação que ele passará a estabelecer com o mundo externo da realidade compartilhada e objetivamente percebida. Aqui, o NÃO e o SIM, que Stern tanto reforça como uma forma de comunicação precoce, só vão ganhar um sentido e uma intencionalidade nesse momento do desenvolvimento emocional da criança (Winnicott, 1960n). O dizer “não” dos pais, assim, favorece o surgimento da linguagem, na medida em que o bebê pode compreender o valor de uma explicação dada verbalmente e de uma proibição, ainda que também subsumida por expressões e gestos físicos. Além do mais, o “não” dos pais, conforme empreendido pela psicanálise clássica, ajuda na constituição do superego (supereu) e na internalização da moral, das leis e da ordem. A criança necessita, a partir disto, compreender o valor do “não”, o valor do certo e do errado, desde que, mais uma vez, com segurança e confiabilidade (Winnicott, 1962e).

Na perspectiva de Stern, a aprendizagem do “não” pelos bebês corresponde ao que ele denominou de “sentido de eu verbal” (*verbal self sense*), que se inicia por volta dos quinze meses de idade. O “sentido de eu verbal” é precedido de três outros “sentidos de eu” (*self sense*), quais sejam: o “senso de eu emergente”, que se forma desde o nascimento até à idade de dois meses; o “senso de eu nuclear”, que se forma entre dois e seis meses de idade, e o “senso de eu subjetivo”, que se forma por volta dos sete a quinze meses de idade (Stern, 1992). Cada um deles constitui o que o autor denomina de “mundo interpessoal do bebê”, que nada mais é, grosso modo, do que outra forma de compreendermos o desenvolvimento emocional e o processo maturacional do bebê humano. Esses vários “sentidos de eu” não são fases sucessivas. Pelo contrário, uma vez

formadas, elas vão se sobrepondo uma a uma e continuam ao longo da vida do indivíduo⁴⁶.

No entanto, algo a mais ainda precisa ser dito com relação ao caso de Mônica, a saber, do contato que a criança manteve com o seu médico nos momentos em que ele a alimentava. Mônica estabeleceu uma relação simbiótica com o rosto dele como representante de um objeto (bom ou mau), o que a levou a se comportar como qualquer criança normal. Por exemplo: quando o médico a alimentava, ele não fazia isso mecanicamente. O médico conversava com sua paciente, endereçando-lhe palavras e gestos de afeto, acolhendo-a, e ela podia sentir a sensação de saciedade, tomando-o como um objeto bom internalizado, do mesmo modo que um bebê com sua mãe. Por outro lado, quando uma pessoa estranha vinha ao seu encontro, ela fechava os olhos, excluindo-a do seu campo visual, ou, então, se recolhia ao sono profundo como uma função protetora normal. Lembremos, pois, que dormir ao seio é o equivalente da saciedade para crianças normais, diz Spitz (1957).

Os achados no caso de Mônica sugerem que, mesmo anteriormente às percepções táteis da boca, houve uma erotização da função de alimentação pela sonda gástrica: a criança tratou o funil como a origem da comida (tal como a criança trata o seio ou a mamadeira), e sua relação com o doador de alimento, seu médico, o transformou ora em um objeto bom, ora em um objeto mau. Com isso, Spitz propõe três contribuições para a compreensão da comunicabilidade humana: primeiro, o psiquismo se origina (não só, mas também) do processo de alimentação desde o nascimento do bebê, prolongando-se pela infância, a partir da comunicação estabelecida pelo bebê com o seu cuidador ou cuidadora (mãe, pai, médico, etc.); segundo, o autor enfatiza a compreensão do “não” e do “sim” (meneio da cabeça) pelo infante no desenvolvimento da sua oralidade e comunicação; e, por fim, reforça as teses de Winnicott sob a importância do rosto da mãe (ou do pai, ou de qualquer outra pessoa que possa assumir esta função) para o desenvolvimento da comunicação e da não comunicação do bebê. Para

⁴⁶ Os vários “sentidos de eu”, segundo as proposições de Stern, corroboram várias teorias winnicottianas sobre o desenvolvimento maturacional do bebê. Não é nosso objetivo explorá-los neste trabalho e nem caberia aqui uma exposição de suas teses. Entretanto, gostaríamos de reforçar as aproximações de Stern ao pensamento de Spitz e Winnicott sobre a comunicabilidade humana e o processo maturacional do bebê humano.

tanto, o bebê necessita desenvolver uma relação de mutualidade e de confiança com aquele que acolhe suas necessidades.

5.3 Confiabilidade e mutualidade

Winnicott não se cansou de ressaltar o quanto a confiabilidade, a segurança e a experiência de mutualidade são importantes na relação mãe-bebê (Winnicott, 1970f; 1950b; 1959c; 1960j; 1960l; 1968b; 1968g; 1969f; 1967i; 1969a). Elas são constituídas na fase da dependência absoluta e precisam ser sustentadas na fase da dependência relativa para o desenvolvimento saudável da criança. A confiabilidade materna é um traço inaparente e essencial que se faz sentir em todos os cuidados da mãe com o bebê, sem que ela precise falar, sendo, portanto, silenciosa. Se o ambiente falha em prover ao bebê a confiança que constituirá o seu *self* e a crença em um mundo real, ele não alcançará a capacidade de “acreditar em” e de “confiar em”. O resultado é uma desconfiança básica que torna tudo a sua volta irreal, fazendo com que o indivíduo não se entregue aos acontecimentos da vida e passe a tomar conta durante todo o tempo do ambiente, à espreita de alguma invasão, ou do seu frágil *self* defensivo ou protetor, sentindo-se perdido ou aniquilado (Dias, 2001).

Se a mãe possui a capacidade de ir ao encontro das necessidades constantes durante o desenvolvimento do seu bebê, ela possibilita uma continuidade na sua trajetória de vida, o que faz com que ele vivencie situações fragmentárias ou harmoniosas a partir da confiança que deposita no fato concreto de o segurarem, e das fases reiteradas de integração que lhe são proporcionadas. O bebê, assim constituído, passa com muita facilidade da integração ao conforto descontraído da não integração, fazendo com que o acúmulo destas experiências torne-se um padrão e passando a confiar nos processos internos que o levam a se constituir como uma unidade (Winnicott, 1968g, p. 86). Dito de outro modo, o bebê faz com que o ambiente humano tome todos os cuidados para não abalar a confiabilidade adquirida no mundo ao seu redor, por meio da relação de dependência absoluta que ele estabelece com a mãe, caso ela se constitua como o continente que ele necessita, assim como por todos aqueles de quem ele depende no curso do processo maturacional. Esse ambiente circundante refere-se tanto à

escola primária que passará a frequentar, aos amigos que fará, à professora como substituta materna, quanto à casa em que mora, seu quarto, seu bairro, a cidade e o país em que habita, produzindo uma verdadeira arquitetura do *self* (Winnicott, 1936c; 1936d; 1948a; Safra, 2005), na qual “tudo é silêncio e segurança” (Winnicott, 1959c, p. 101).

Segundo Winnicott, atos de confiabilidade humana estabelecem desde cedo uma comunicação, antes mesmo que o discurso verbal passe a ter significado, pelo modo como a mãe dirige seu olhar à criança, através do tom e do som da sua voz: “tudo isso é comunicado muito antes que se compreenda o discurso” (Winnicott, 1968b, p. 142). Trata-se de uma comunicação silenciosa, constituída por um período de tempo no qual a confiabilidade e o amor fazem parte da provisão ambiental.

Uma criança que não experimentou o cuidado pré-verbal, em termos de *holding* e *handling* – confiabilidade humana [*human reliability*] –, é uma criança carente [*deprived child*]. A única coisa que pode ser aplicada de modo lógico a uma criança carente é o amor, amor em termos de *holding* e *handling* [acréscimo nosso] (Winnicott, 1968b, p. 143).

Quando a criança está mais velha, torna-se mais difícil prover essa confiabilidade em termos de cuidados ambientais. Neste caso ela pode vir a testar os limites do amor ambiental, no qual o *holding* e o *handling* pré-verbais devem suportar a destrutividade ligada ao amor instintual. Quando tudo vai bem, afirma Winnicott, a destrutividade, que pertencente ao amor primitivo, será sublimada em comportamentos ligados à agressividade: comer, chutar, brincar, competir e assim por diante. No entanto, diz o autor, a criança se encontra em um estágio muito primitivo: “(...) eis aqui alguém para amar –, e aí o que se segue é a destruição. Se você sobrevive, então surge a *ideia* da destruição. Mas antes de tudo existe a destruição, e se você começa a amar uma criança que não foi amada, no sentido pré-verbal, pode ser que você se veja em apuros” [itálicos do autor] (Winnicott, 1968b, p. 143).

A totalidade do amor pré-verbal, mais uma vez, é expressa em termos de “*holding*” e “*handling*”, e isso tem grande significado para o desenvolvimento emocional de cada bebê, pois muito do que é vivido não pode ser colocado em palavras. O bebê, uma vez que não desenvolveu ainda um *self*, um ego e um psiquismo em termos de inconsciente, também não aprendeu a recalcar determinados sentimentos dolorosos como os adultos o fazem. Ele precisa de um

ambiente no qual possa confiar e sustentar todas as adversidades no curso do seu processo maturacional. Aqui, a mãe, como representante desse ambiente confiável, “deve ajudar a criança a ‘pré-dizer’ qualquer coisa que venha a acontecer fora do normal na sua vida” (Winnicott, 1960l, p. 72-73). À medida que prossegue o desenvolvimento do bebê, ele passa a adquirir um interior e um exterior, e a confiança no meio ambiente materno passa a ser uma crença, na verdade “uma introjeção baseada na *experiência de confiabilidade* (humana, e não mecanicamente perfeita)” [itálicos do autor] (Winnicott, 1968g, p. 87). O amor nasce dessa relação mútua do bebê com seu ambiente materno, pautado pela confiabilidade e na qual as palavras não fazem sentido:

Não é verdade que a mãe comunicou-se com o bebê? Ela disse: “Sou confiável – não por ser uma máquina, mas porque sei do que você está precisando; além disso, me preocupo, e quero providenciar as coisas que você deseja. Isto é o que chamo de amor neste estágio do seu desenvolvimento” (Winnicott, 1968g, p. 87).

A comunicação silenciosa entre o bebê e a mãe, portanto, se constitui a partir do vínculo vivido entre ambos, ora como resultante da função de espelhamento, ora pautado em uma experiência de confiança e mutualidade.

Segundo Graña (2007a, 2011), a mutualidade não é um conceito criado por Winnicott. Ele foi usado pela primeira vez na psicanálise por Alice Balint (1939), ao comparar o tipo de satisfação obtido entre a mãe e o bebê com a satisfação obtida pelos amantes no intercuro sexual. Winnicott só veio a fazer uso do termo em 1969, quando da publicação do artigo “*A experiência mãe-bebê de mutualidade*”. Antes, os termos que ele usava para se referir à reciprocidade ou complementaridade na relação materno-infantil eram “adaptação”, “empatia”, “interdependência”, “espelhamento”, “comunicação silenciosa” e “identificação cruzada” (Graña, 2011). Mas já em 1967, Bruno Bettelheim emprega o termo em um estudo volumoso sobre a psicogênese e o tratamento dos estados autísticos na criança, ao criticar a passividade com a qual a psicanálise clássica tratava o bebê (Bettelheim, 1967). Segundo o autor, desde Freud, aprendemos a ver um desamparo original no bebê humano, considerando-o indefeso e frágil, construindo uma fantasia sobre a sua passividade a partir de sua vida íntima com a mãe. É bom lembrar que, para Winnicott, “o bebê se comunica através do seu desamparo e dependência” (Winnicott, 1967f, p. 95). Mas, para Bettelheim, os bebês são ativos desde o primeiro momento em que nascem, em sua relação com

o seio materno, ou quando sentem fome, dor ou algum outro desconforto, fazendo com que os humanos tomem conhecimento disso ao chorar – o choro é mais um pedido de socorro que deve ser entendido e atendido pela mãe no tempo certo. Quando a atividade do bebê é permitida e encorajada, seus movimentos expressivos constituem, assim, uma diversidade de formas de comunicação que evidenciam a aprovação da atitude da mãe e a estimulam, aumentando sua confiabilidade e sua capacidade de prover os cuidados para o seu bebê. O que constitui uma experiência de mutualidade, para Bettelheim, é o fato de que as necessidades físicas e narcísicas da mãe e do bebê sejam coincidentes, complementares e produzam ou obtenham satisfação recíproca, o que faz da amamentação uma experiência emocional de ação combinada. Porém, Bettelheim e Winnicott concordam em um ponto: a amamentação é, em si mesma, uma comunicação recíproca entre a mãe e o bebê. Mas não a única.

A mãe e o bebê passam por diferentes experiências, na medida em que ela já experimentou ser um bebê e sabe como cuidar do seu filho. Ele, por sua vez, nunca foi um bebê e nem sabe o que é ser cuidado, apenas encontra-se à espera das condições necessárias para alcançar o seu *status* de “ser” um bebê, pois, conforme afirma Winnicott, “o único passaporte com que o bebê chega às barreiras alfandegárias é a soma das características herdadas e tendências inatas no sentido do crescimento e do desenvolvimento” (Winnicott, 1969a, p. 199).

Podemos depreender que a experiência de mutualidade simplesmente consiste em uma comunicação entre duas pessoas, a qual se constitui, para o bebê, em uma conquista no seu processo maturacional e depende dos seus processos herdados que o conduzem para o crescimento emocional. De modo semelhante, a experiência de mutualidade depende da atitude e da capacidade da mãe de tornar real tudo aquilo que o bebê está pronto para alcançar, descobrir, criar (Winnicott, 1969a). Mais do que isso: o bebê desenvolve a capacidade de estabelecer identificações cruzadas a partir da experiência de mutualidade, na medida em que a mãe adapta-se às suas necessidades, demarcando o início da individuação. A comunicação estabelecida se dá a partir da anatomia e da fisiologia de dois corpos vivos, experimentada através de batimentos cardíacos, movimentos de respiração, calor do seio, ou seja, movimentos que indicam a vivacidade dos corpos da mãe e do infante.

As identificações cruzadas, por sua vez, estão condicionadas à experiência de mutualidade, assinalando o momento em que o bebê está abandonando sua condição de ser um indivíduo isolado e começando a situar o objeto internalizado no exterior do *self* por meio da sua destruição imaginária, apesar de o objeto resistir e precisar sobreviver à sua destruição. De acordo com Graña (2011), se a experiência de plenitude pode ser vivenciada no início, o bebê terá condições de conviver com a plenitude perdida *a posteriori*. A destruição do objeto, assim, exerce um importante papel na criação da realidade externa, colocando-o para fora do *self*, ou seja, para fora da área do seu controle onipotente. O objeto torna-se, para o bebê, um fenômeno externo e não é mais vivido apenas como uma entidade projetiva, mas como uma entidade por seu próprio direito (Winnicott, 1969d). O bebê passa, então, do relacionamento para o uso, e daí para a destruição contínua do objeto que precisa sobreviver à sua destruição. As identificações cruzadas evidenciam um modelo de comunicação por meio de mecanismos projetivos e introjetivos. Se a mãe sobreviveu aos ataques imaginários que o bebê empreendeu na sua fantasia interna, ela começa a ser usada por ele, dando início a um novo tipo de relacionamento, a uma nova forma de comunicação entre eles, a intercomunicação ou comunicação silenciosa (Winnicott, 1975).

Essa intercomunicação ou comunicação silenciosa da mãe com o bebê é a mais primitiva e fundamental para ele, e só se constitui como ruidosa na medida em que o ambiente materno fracassa em seu objetivo. Portanto, a comunicação silenciosa é uma comunicação de confiabilidade que visa antes de tudo a proteção do bebê,

(...) quanto a *reações automáticas* às intrusões da realidade externa, com estas reações rompendo a linha de vida do bebê e constituindo traumas. Um trauma é aquilo contra o qual um indivíduo não possui defesa organizada, de maneira que um estado de confusão sobrevém, seguido talvez por uma reorganização de defesas, defesas de um tipo mais primitivo do que as que eram suficientemente boas antes da ocorrência do trauma [itálicos do autor] (Winnicott, 1969a, p. 201).

A sustentação (*holding*) do bebê mostra-nos, então, que a comunicação pode se constituir de duas formas: uma comunicação silente, na qual a confiabilidade é tomada como certa, e uma comunicação traumática, produzindo a experiência de angústias ou agonias impensáveis bastantes primitivas, dividindo os bebês em duas categorias:

(...) bebês que não foram significativamente “desapontados” na primeira infância e cuja crença na confiabilidade conduz à aquisição de uma confiabilidade pessoal que é ingrediente importante do estado que pode ser denominado de “no sentido da independência” (...); bebês que foram significativamente “desapontados” uma vez ou em um padrão de fracassos ambientais (relacionados ao estado psicopatológico da mãe ou do substituto materno). Estes bebês portam consigo a experiência da ansiedade impensável ou arcaica. Sabem o que é estar em um estado de confusão aguda ou conhecem a agonia da desintegração. Sabem o que é ser deixado cair, cair eternamente, ou cindir-se em desunião psicossomática (Winnicott, 1969a, p. 201).

Para aqueles bebês que experienciaram traumas, suas personalidades têm de ser construídas em torno da reorganização de defesas que se seguiram aos traumas, retendo aspectos primitivos, tais como a cisão da personalidade provocada pelo trauma. A sustentação confiável de um bebê é algo que precisa ser comunicado a partir das suas experiências vividas com a mãe. É assim que podemos afirmar, junto com Winnicott, que “a psicologia envolve a comunicação em termos físicos, dos quais a linguagem é a mutualidade na experiência” (Winnicott, 1969a, p. 201-202).

Prestemos bastante atenção na ênfase dada pelo autor: a comunicação em termos físicos é uma **comunicação silenciosa!** Ora, neste tipo de comunicação, o bebê não ouve ou registra a comunicação, mas apenas os efeitos da confiabilidade. Aqui não há palavras para expressar a confiabilidade, o que não quer dizer que não exista comunicação. Do ponto de vista do bebê, ele não consegue propriamente entender o tipo de comunicação que lhe é endereçada, mas pode vir a sofrer pelos efeitos da falta da confiabilidade, ou seja, da falta deste tipo comunicação. Segundo Winnicott, é nestes termos que podemos diferenciar a perfeição mecânica do amor humano. A mãe suficientemente boa, como ser humano que é, irá a todo tempo corrigir suas falhas ao longo do cuidado com o seu bebê, mas essas falhas são pequenas falhas que podem ocorrer no curso do desenvolvimento; ele as suporta e sobrevive à série de pequenas frustrações que o ambiente materno lhe impõe. Trata-se de falhas relativas, que vão sendo corrigidas durante todo o tempo pela mãe e que vão sendo comunicadas ao bebê em pequenas doses; o bebê, por sua vez, registra as pequenas falhas do ambiente, mas registra, sobretudo, suas tentativas de corrigi-las, e é essa adaptação bem-sucedida às falhas maternas que fará com que ele desenvolva o sentimento de confiabilidade e segurança (Winnicott, 1968g). E são inúmeras as falhas maternas,

e suas correções, que comunicam o amor ao bebê, pois há um ser humano que se preocupa com seus erros. Quando as falhas são corrigidas no seu devido tempo, seja ele medido em segundos, minutos ou horas - o termo usado por Winnicott (1968g) é **carência** - o bebê oferece à mãe as condições necessárias para repetidas correções de suas falhas.

Enfim, de acordo com o autor, há quatro pontos a serem destacados no que se refere à diversidade da comunicação silenciosa entre a mãe e o bebê, a saber:

[Primeiro] Há formas especiais de se manter a vivacidade da comunicação entre a mãe e o bebê. Há o movimento que provém da respiração da mãe, o calor de seu hálito e, sem dúvida, o seu cheiro, que é algo extremamente variável. Há também o som das batidas de seu coração, um som que o bebê conhece muito bem, na medida em que ele já se encontrava ali, inteirando-se de tudo, antes mesmo de nascer. Esta forma básica de comunicação física pode ser ilustrada através dos movimentos de embalar, no qual a mãe adapta os seus movimentos aos movimentos do bebê. Embalar é uma garantia contra a despersonalização, ou rompimento da combinação psicossomática (Winnicott, 1968g, p. 88-89).

Winnicott ressalta, fundamentalmente, a comunicação entre a mãe e o bebê em termos da fisicalidade dos corpos, tão necessária para a elaboração imaginativa dos elementos, sentimentos e funções somáticas que, em termos de saúde, refere-se ao alojamento da psique no corpo – a personalização. Sem isso o bebê não tem a certeza de que está habitando um corpo.

[Segundo] Há também as brincadeiras (...). A interação da mãe com seu bebê resulta em uma área que poderíamos chamar de território comum, a terra de ninguém que na verdade é de cada um, o local onde se oculta o mistério, o espaço potencial que pode se transformar em objeto transicional, o símbolo da confiança e da união entre o bebê e a mãe, uma união que não envolve a interpretação. Portanto, não se pode esquecer das brincadeiras, onde nascem a afeição e o prazer pela experiência (Winnicott, 1968g, p. 89).

O indivíduo saudável, para Winnicott, é um ser criativo, que brinca, possui o sentido da continuidade da existência diretamente ligado às primeiras relações objetais, no momento em que o bebê encontra o mundo e tem a experiência de ilusão e de onipotência. Portanto, o brincar para o autor é de tal importância que faz com que ele reflita “sobre o que versa a vida” (Winnicott, 1975). A vida que vale a pena ser vivida é a vida criativa, aquela que dá sentido à continuidade da existência possibilitada pelo gesto espontâneo, que na verdade é o *self* verdadeiro em ação na zona fronteira que pertence tanto à mãe quanto ao bebê, denominada de “espaço potencial”, lugar da criatividade, do processo de simbolização e onde nós aprendemos a viver e habitar – o mundo interno. Por

meio da tensão dialética entre a internalidade e a externalidade presentes na relação entre o bebê e o objeto transicional, se produz uma terceira área de experiência que se encontra na fronteira entre o “eu” e o “não eu” – o espaço potencial - no qual os símbolos são criados e a atividade imaginativa se constitui (Ogden, 1996).

[Terceiro] O uso que o bebê faz do rosto da mãe. É possível pensar no rosto da mãe como o protótipo do espelho. No rosto dela, o bebê vê a si próprio. Se ela estiver deprimida ou preocupada com alguma coisa, então é claro que o bebê não verá nada além de um rosto (Winnicott, 1968g, p. 89).

Mais uma vez, o autor ressalta a função de espelhamento na constituição subjetiva do bebê em termos de comunicação, confiabilidade e mutualidade. O espelhamento na verdade é uma soma de muitos espelhamentos vividos na relação mãe-bebê e que constitui, para este último, uma experiência rica e saudável que será reiteradamente buscada a cada vez que a mãe o encontra, por via da alimentação mútua presente no espelhamento e de comunicações silenciosas.

[Quarto e último:] A partir destas comunicações silenciosas, podemos passar para as formas pelas quais a mãe concretiza exatamente aquilo que o bebê está pronto para procurar, de tal forma que ela lhe dá ideia das coisas que ele está pronto para procurar. O bebê diz (sem palavras, é claro): “Estou precisando de...”, e neste momento a mãe vira o bebê de lado ou se aproxima com as coisas necessárias para alimentá-lo, e o bebê pode, então, completar sua frase: “...uma mudança de posição, um peito, mamilo, leite, etc., etc.”. Temos que dizer que o bebê criou o seio, mas não poderia tê-lo feito se a mãe não tivesse chegado com o seio exatamente naquele momento. O que se comunica ao bebê é: “Venha para o mundo de uma forma criativa, crie o mundo; só o que você criar terá significado para você”. Em seguida: “O mundo está sob o seu controle”. A partir da *experiência de onipotência inicial*, o bebê é capaz de começar a experimentar a frustração, e até mesmo de chegar, um dia, ao outro extremo da onipotência, isto é, de perceber que não passa de uma partícula do universo, um universo que ali já estava antes mesmo da concepção do bebê, e que foi concebido por um pai e uma mãe que gostavam um do outro. Não é a partir da sensação de *ser Deus* que os seres humanos chegam à humildade característica da individualidade humana? [itálicos do autor] (Winnicott, 1968g, p. 89-90).

Quando o bebê finalmente internaliza a mãe como um objeto bom e ela passa a ser vivida como algo dentro do mundo interno do bebê, fazendo parte do seu *self*, ele está preparado para a próxima etapa no seu desenvolvimento emocional: ele constitui, em si mesmo, a experiência da solidão essencial.

5.4

A solidão essencial

Para Winnicott (1958e, p. 29) “a capacidade do indivíduo estar só (...) é um dos mais importantes sinais da maturidade no desenvolvimento emocional⁴⁷. Quando o autor fala em “estar só”, não é exatamente à solidão que ele está querendo se referir, apesar de muitas pessoas passarem por momentos de solidão antes mesmos de sair da infância, valorizando a solidão como uma conquista. Para Winnicott, a “capacidade de estar só” se constitui como um fenômeno sofisticado ao longo do processo maturacional, na medida em que se estabelecem relações triádicas ou simplesmente um fenômeno do início da vida, por se tratar de uma solidão essencial pertinente a todos os seres humanos (Winnicott, 1958a).

Se não se trata, de fato, de uma solidão ontológica, à qual experiência Winnicott quer se referir quando fala do desenvolvimento de uma “capacidade de estar só”? Segundo o pediatra e psicanalista inglês, trata-se de um paradoxo, dentre os muitos que ele construiu ao longo de sua obra, qual seja, a experiência de estar só como lactente ou criança pequena. Dito de outro modo, é o desenvolvimento da capacidade de uma solidão essencial na presença de alguém que seja internalizado pelo infante como um objeto bom (Winnicott, 1958a). A existência de paradoxos permeia toda a obra de Winnicott e refere-se a ideias que, ao mesmo tempo em que se complementam, se opõem. Nessa concepção, o importante não é resolver o paradoxo, seja ele qual for, e sim aceitá-lo e tolerá-lo, mantendo-o (Winnicott, 1963c). Os paradoxos winnicottianos permeiam uma elaboração das experiências de ruptura e descontinuidade sem uma maior delimitação entre a presença e a ausência, o dentro e o fora, o interno e o externo ou entre o “eu” e o “não eu”⁴⁸.

O que Winnicott quer ressaltar na “capacidade de estar só” é um tipo especial de relação estabelecida pela criança com sua mãe ou cuidadora, baseada fundamentalmente no sentimento de confiabilidade. A solidão presente na

⁴⁷ “*The capacity of the individual to be alone (...) is one of the most important signs of maturity in emotional development*”, no original em inglês. Preferimos usar a tradução da versão original à versão da tradução brasileira do artigo de Winnicott (1958a), que reforça o “ficar só” ao invés de “estar só”, e “amadurecimento do desenvolvimento emocional” ao invés de “maturidade do desenvolvimento emocional”.

⁴⁸ Para uma abordagem do conceito de paradoxo em Winnicott, ver Bonaminio (2007), Figueiredo (2011), Goldstein (2011), Roussillon (2006), Vaisberg (2011), Tanis (2011). Para uma abordagem filosófica da questão, ver Deleuze (1982).

“capacidade de estar só” significa que a criança internalizou um tipo de objeto com o qual ela pode se sentir segura, representado por momentos singulares em sua vida de bebê, vivenciados no berço, no carrinho ou nos braços da mãe ou do pai, ou ainda uma atmosfera do ambiente materno que é sentido como próximo. Para delimitar esse tipo especial de relação desenvolvida entre o bebê e o ambiente materno Winnicott usou a expressão “ligada ao ego” (Winnicott, 1958a, p. 33).

Uma relação “ligada ao ego” refere-se à relação entre duas pessoas na qual ou uma delas, ou mesmo ambas, estão realmente sós, ainda que a presença de uma seja de extrema importância para a outra. “Considero que se se compara o sentido da palavra querer com o da palavra amar, pode-se verificar que querer é um sentimento característico do ego, enquanto amar é um sentimento do *id* de forma crua ou sublimada” (Winnicott, 1958a, p. 33). O “querer” diz respeito às vivências do ego em termos de necessidades tanto físicas quanto emocionais, enquanto que “amar” é algo que vai sendo aprendido na medida em que o desenvolvimento emocional vai seguindo o seu rumo, e que o ambiente materno fornece as bases para que o amor se desenvolva. Nós não nascemos odiando o mundo que nos cerca, mas temos bons motivos para afirmar que o amor é a matriz da qual o *id* é constituído em nosso psiquismo.

“A capacidade de estar só” também depende da capacidade do indivíduo de lidar com os sentimentos gerados na cena primária. Na cena primária, o bebê imagina ou percebe uma relação excitante entre os pais, acabando por aceitá-la. Ele é o terceiro elemento nessa relação. A raiva surge dessa percepção ou dessa fantasia como terceiro elemento, mas ele se torna capaz de lidar com a raiva, aproveitando os sentimentos originários dessa cena para o autoerotismo. Nessa acepção, Winnicott reforça a ideia de que a criança, durante a masturbação, passa a aceitar inteiramente a responsabilidade pela fantasia consciente ou inconsciente durante seus atos masturbatórios solitários (Winnicott, 1958a, p. 33). Com efeito, percebemos naturalmente que a sexualidade da criança está começando a despontar. O “estar só,” nessas circunstâncias, diz respeito à maturidade do desenvolvimento erótico, da potência genital no homem ou o seu correspondente na mulher, significando simplesmente a fusão de impulsos e ideias agressivas e eróticas, além da tolerância da ambivalência presente nesse sentimento. Com isso a criança pode vir a se identificar com cada um de seus pais,

mas, para tanto, vai depender da existência de um objeto bom – um seio ou pênis internos – na realidade psíquica do indivíduo (Winnicott, 1958a)⁴⁹.

Estar só na presença de alguém pode ocorrer em um estágio bem precoce, *quando a imaturidade do ego é naturalmente compensada pelo apoio do ego da mãe*. À medida que o tempo passa, o indivíduo introjeta o ego auxiliar da mãe e, dessa maneira, se torna capaz de ficar só sem apoio frequente da mãe ou de um símbolo da mãe [itálicos do autor] (Winnicott, 1958a, p. 34).

O apoio do ego da mãe facilita a organização do ego do bebê, tornando-o capaz de afirmar a sua própria individualidade e um sentimento de identidade pessoal. Na medida em que o seu desenvolvimento prossegue, ele passa a distinguir entre o “eu” e o “não eu” (Winnicott, 1966b). Este tipo de sentimento é desenvolvido desde as mais precoces experiências do bebê com a mãe, quando o *holding* lhe era oferecido, e no qual a mãe passou a atuar como seu ego auxiliar, construindo o sentido de previsibilidade (Winnicott, 1964d; 1970f). Previsibilidade é tudo o que o bebê precisa para sedimentar as experiências que ele vivencia com a mãe, constituindo seu mundo interno.

A monotonia da relação mãe-bebê conduz ao sentido de previsibilidade que, em essência, se dá silenciosamente. De igual modo ocorre a constituição inicial do ego para o bebê. Sua primeira organização surge a partir da experiência de ameaças de aniquilação que não chegam a esse extremo na medida em que o bebê continuamente se recupera delas. Somente a partir de tais experiências, mais uma vez, a confiança na recuperação começa a tornar o ego capaz de suportar a frustração oriunda do ambiente materno (Winnicott, 1956c). O ego, portanto, implica em uma soma de experiências que, juntamente com o *self*, traça um percurso próprio: no início encontra-se em repouso, mas daí advém a motilidade espontânea, para retornar ao repouso e passar para a gradual capacidade de se recuperar das experiências de aniquilação; as aniquilações aqui referidas resultam das reações às invasões do ambiente. Por isso, diz Winnicott (1956c), é necessário que o indivíduo comece a viver em um meio ambiente especializado e que atenda às suas necessidades físicas e emocionais. Se, para a criança, “estar só” é na verdade uma conquista, uma vez conquistada esta

⁴⁹ No mesmo texto, Winnicott vai afirmar que o relacionamento com o ego é o substrato do qual a amizade é feita e pode vir a ser a matriz da transferência (Winnicott, 1958a, p. 35). Em termos de processo analítico, o sujeito só adquire a capacidade de estar só por meio da confiança, tal como definido por Sándor Ferenczi.

capacidade, ela pode experimentar momentos de solidão/solitude⁵⁰, nos quais o indivíduo inicia a experiência de si mesmo como alguém só.

Quando o indivíduo consegue admitir para si “eu estou só”, do que se trata, pergunta-se Winnicott? Trata-se, primeiramente, do estabelecimento do estatuto de unidade no indivíduo possibilitado pela integração; segundo, da aquisição de uma personalidade e uma identidade pessoal; em terceiro, do estabelecimento e da organização de um núcleo egoico, que permite ao indivíduo viver um mundo interno; quarto, do crescimento pessoal facilitado pelo ambiente materno, que dá forma e cor à sua vida; e, por fim, do reconhecimento e da internalização da mãe como um objeto bom⁵¹, que lhe permite viver a solidão essencial, conforme descrito no longo trecho que se segue:

Primeiro a palavra eu, indicando muito crescimento emocional. O indivíduo se estabeleceu como uma unidade. A integração é um fato. O mundo externo é repellido e um mundo interno se tornou possível. Isso é simplesmente uma afirmação topográfica da personalidade como um ser, como a organização do núcleo do ego (...). Neste ponto nenhuma referência é feita a viver. A seguir vêm as expressões “eu sou”, representando um estágio no crescimento individual. Por essas palavras, o indivíduo tem não só forma mas também vida. No começo do “eu sou” o indivíduo é, por assim dizer, cru, não defendido, vulnerável, potencialmente paranoide. O indivíduo só pode atingir o estágio do “eu sou” porque existe um meio que é protetor; o meio protetor é de fato a mãe preocupada com sua criança e orientada para as necessidades do ego infantil através da sua identificação com a própria criança (...). A seguir vêm as palavras “eu estou só”. De acordo com a teoria que estou expondo, esse estágio seguinte envolve uma apreciação por parte da criança da existência contínua da mãe. Com essas palavras não quero dizer necessariamente uma percepção com a mente consciente (...). “Estar só” é uma decorrência do “eu sou”, dependente da percepção da criança da existência contínua de uma mãe disponível cuja consistência torna possível para a criança estar só e ter prazer em estar só, por período limitados (...). A capacidade de estar só se baseia na experiência de estar na presença de alguém, e que sem uma suficiência dessa experiência a capacidade de ficar só não pode se desenvolver (Winnicott, 1958a, p. 35).

Esse conjunto de experiências faz com que o “ser” emerja do “não ser” e represente a solidão essencial do indivíduo a partir da internalização do objeto bom chamado mãe. Quando Winnicott diz que “a integração é um fato”, é porque desde o início tudo o que o bebê pode experimentar é não integração, pois ainda não há nenhum vínculo entre o corpo e a psique, o que será desenvolvido posteriormente. Não há também lugar para uma realidade “não eu”, que será

⁵⁰ É preciso lembrar que, para o pediatra e psicanalista inglês, enquanto a capacidade de estar só na criança é uma conquista, seu equivalente no adulto é o “relaxar” (Winnicott, 1958a, p. 35).

⁵¹ O termo usado por Winnicott (1958a, p. 36) é “mãe introjetada”.

constituída perto do desmame, a partir de reiteradas e pequenas frustrações por parte do ambiente humano, mas fundamentalmente através do reconhecimento de si mesmo como uma unidade. Por fim, não há nem um ego e nem um *self* na experiência subjetiva do bebê, pois estes também serão constituídos no acolhimento das necessidades físicas e emocionais, na constituição do mundo interno e pelo alojamento da psique no soma. Tudo o que existe, desde o princípio, é uma solidão essencial que o bebê experimenta junto com o ambiente materno (Winnicott, 1990a). O bebê, portanto, necessita da vivência de uma forma particular de intersubjetividade na qual o “ser” da mãe é vivido ao mesmo tempo como uma extensão do bebê. Mais tarde, ele poderá se apropriar dessa intersubjetividade vivida na solidão essencial, e com a mãe internalizada, ao desenvolver a capacidade de estar só, ou dito em outras palavras, desenvolver uma capacidade de ser um sujeito independente da participação efetiva da subjetividade materna (Ogden, 1996). Essa solidão só pode existir em condições de dependência máxima e jamais poderá ser reproduzida na forma como foi vivida neste início bastante primitivo da vida do bebê. “Apesar disso, pela vida afora do indivíduo continua a haver uma solidão fundamental, inerente e inalterável, ao lado da qual continua existindo a inconsciência sobre as condições indispensáveis a este estado de solidão” (Winnicott, 1990a, p. 154).

Portanto, não se trata efetivamente de uma solidão patológica ou de tipo depressiva, e sim de um estado no processo maturacional no qual o bebê, uma vez internalizado a mãe como um objeto bom, pode agora experimentar quietude e silêncio, representados por momentos de elaboração criativa, brincando imaginativamente, ou momentos de fantasia e devaneios possibilitados pela ação do pensamento. Algumas mães se surpreendem ao encontrar seus bebês agitados, olhando para o alto ou para um móvel acima do berço, brincando e sorrindo solitariamente. Não nos esqueçamos de que, de acordo a teoria winnicottiana, “pensar é pré-dizer” (Winnicott, 1965a, p. 123), é ter a possibilidade de pensar com palavras que se entende, mas não se pode usar. Para Winnicott, o pensar faz parte do processo integrador e da construção da identidade e da personalidade infantil, ao mesmo tempo em que se torna coadjuvante na formação de símbolos. Do ponto de vista do bebê, o pensar começa como uma maneira pessoal de lidar não apenas com o fracasso gradual da mãe na adaptação às suas necessidades, tolerando-o, com também com a frustração do instinto que produz tensão. Por fim,

o pensar, em sua versão patológica, também pode atuar como um substituto do cuidado materno, no desenvolvimento de um falso *self*, sob a forma de um intelecto explorado (Winnicott, 1968c). No entanto, muitas vezes em que o bebê se encontra sob a ação do pensamento, uma vez internalizada a mãe suficientemente boa, ele pode fazer uso dos fenômenos transicionais. Brincar, imaginar, fantasiar, devanear, elaborar, todas são ações que se dão na presença dos fenômenos transicionais, conforme apontou Winnicott (1951). Enfim, são formas de o bebê se comunicar com o objeto mãe e com os mundos interno e externo, preparando o terreno para que ele adentre no mundo da comunicação e da não comunicação.

5.5

O estudo dos opostos

Desde o momento em que nascem, os bebês se comunicam com o mundo ao seu redor. Os sons vocais emitidos por eles pressupõem uma forma de expressar o afeto para só depois tomarem o sentido de um chamamento, carregando uma mensagem que necessita ser decifrada. Com efeito, o choro é um tipo de comunicação que pode representar um número infinito de sentidos, identificados unicamente pela mãe que se encontra em estado de preocupação materna primária. Até poderem fazer uso da linguagem verbal, há um longo caminho a ser percorrido pelos bebês. No entanto, eles não se comunicam apenas através do choro, em seus variados significados, mas também por um amplo conjunto de ações identificadas pelos pais: gritos, sorrisos, olhares, esperneios, balbucios, gorjeios, entre outros. De acordo com Stern (1992, p. 154) a palavra é “descoberta” ou “criada” pelo bebê, no sentido de que o pensamento ou o conhecimento já está na sua mente para ser ligado à palavra. Ela é dada ao bebê pelo ambiente materno, como um fenômeno transicional (um balbucio; uma sílaba ou duas, que se repetem; vocalizações ou subvocalizações, etc.) e não pertence nem ao “eu” nem ao “não eu”, mas ocupa uma posição intermediária entre a subjetividade do bebê e a objetividade da mãe, ou, em termos winnicottianos, um espaço potencial. Na verdade, a palavra é “alugada” por nós e constitui uma experiência de união, permitindo um novo nível de relacionamento mental por meio do significado compartilhado. Podemos verificar isso quando o bebê

alcança, entre seis e oito meses, a capacidade de repetir determinados sons emitidos pelos pais, por meio da ecolalia. Por exemplo, a mãe (ou o pai) começa a brincar com o seu bebê e passa a falar, repetidas vezes, a palavra “ma-mãe” (ou “pa-pai”), de modo homogêneo, contínuo, permeado por diferentes tons sonoros. O bebê, aos poucos, passa a repetir, ao seu modo, o que ouve. Como ainda não tem suas cordas vocais plenamente desenvolvidas, o que ele repete é algo próximo a “ma-ma-ma” e logo entende o que a mãe quer dizer. Através do processo de imitação, o bebê passa a repetir as mesmas sílabas, reunindo, em uma única experiência, a palavra que ouviu e a imagem que tem diante de si, transformando “ma-ma-ma” em “mamãe”, e, assim, entrando no mundo da linguagem (Alvarez, 2011).

Segundo Stern, a linguagem oferece uma maneira de se relacionar com os outros através do compartilhamento do mundo pessoal, proporcionando um encontro no domínio verbal. Esses encontros permitem formas de relacionamento por meio de significados diversos, produzindo níveis de intimidade e compartilhamento de sentimentos e sensações. Mais do que isso, a linguagem oferece ao indivíduo a capacidade de narrar sua própria história de vida, com potencial de mudança e na forma como a pessoa vê a si mesma. Envolve ainda um modo de pensamento e conversa consigo e com o outro, com intenções, objetivos e sequências causais com começo, meio e fim (Stern, 1992).

Mas essa forma de se comunicar por meio da linguagem verbal precisa ser desenvolvida na continuidade do desenvolvimento maturacional. Os bebês, na medida em que a idade avança, passam a se utilizar de formas específicas de comunicação com os sujeitos adultos. Estes, por sua vez, também vão se utilizar de artifícios para se comunicarem com seus bebês. Há um rico e variado conjunto de recursos que incita a mãe a entrar em contato com o seu bebê, e este a entrar no mundo da linguagem.

Os adultos buscam uma forma melódica e muitas vezes infantil para se comunicarem com os bebês, por meio da prosódia, da *motherese* e do *babytalk*⁵². Essa forma de comunicação vem sendo estudada há algumas décadas

⁵² Aqui optaremos pela tradução de “*motherese*” pelo neologismo “*mamanhês*” e “*babytalk*” por “*bebeguês*”, como formas de indicar a fala da mãe e a fala da criança. A *motherese* ou, de agora em diante, o “*mamanhês*”, manifesta-se pelas modificações da voz por meio da prosódia, enquanto que o “*bebeguês*” manifesta-se por subvocalizações de algumas poucas palavras que vão constituir o repertório linguístico do futuro falante.

por um variado quadro de pesquisadores das mais diversas áreas - dentre as quais se destacam as psicologias desenvolvimentista e cognitivista, a psicanálise, a psiquiatria infantil e a psicolinguística - os quais vêm construindo um extenso arcabouço teórico e técnico sobre a comunicação entre a mãe e o bebê⁵³.

Os resultados da maior parte dessas pesquisas afirmam que, desde a vigésima quinta semana de gestação, os bebês apresentam aptidões inscritas no seu código genético e possuem um programa de aquisição de linguagem que lhes permite valorizar alguns estímulos fornecidos pela experiência da língua materna. Nesse sentido, os bebês percebem os sons das palavras, organizando-as, segmentando-as e reconhecendo-as por categorias de uma série de indicadores temporais e de frequência, que estruturam a organização das palavras, ainda em útero. Alguns bebês são capazes de reconhecer tanto a voz do pai quanto a voz da mãe antes mesmo de chegarem ao mundo. De acordo com Boysson-Bardies (1999), a partir de estudos e experiências pré-natais, os bebês imprimem um ritmo semelhante ao ritmo da voz materna, a partir da percepção que tinham em útero, principalmente durante as últimas seis semanas de gestação. Por isso, não é incomum que os bebês prefiram escutar a voz materna a qualquer outra voz após o nascimento. Toda amostra da linguagem materna, como entonação e ritmo, imprime no bebê um sentimento de acolhimento e alerta, de acordo com suas necessidades físicas ou emocionais. A entonação da voz da mãe, por exemplo, deve ser o a mais natural possível para que ela possa acalmar o bebê que, junto com as outras sensações percebidas a partir das variantes do corpo materno, lhe fornece a impressão de que aquele ambiente que o acolhe é seguro e confiável. Por outro lado, a partir dos cinco meses de idade, as crianças mostram uma preferência pelas histórias que contêm pausas entre as palavras e uma entonação característica do “*mamanhês*” (*motherese*). Isso ajuda na produção de subvocalizações e vocalizações pelo bebê, além de inseri-lo no plano da linguagem e da simbolização. O “*mamanhês*”, assim descrito, é um modo pelo qual o adulto entra em contato verbal com o bebê, seja por meio de cantigas de ninar, seja pela emissão da sua voz propriamente dita, seja pelo reforçamento de

⁵³ Sobre isto ver, Bollas (1976); Boysson-Bardies (1999); Ferguson (1964); Fernald e Mazzie (1991); Fernald e Simon (1984); Fernald (1985, 1989, 1992); Fernald et al. (1989); Kaplan et al. (1996, 2002); Kemler Nelson et al. (1989); Kempe, Schaeffler e Thoresen (2010); Spitz (1957); Weinberg e Tronik (1994); Stern (1974, 1983, 1984, 1982, 1991, 1992, 1994, 2002); Tonkova-Yampol'Skaya (1973) e Werker et al. (2002).

alguns sons que parecem não fazer sentido para o bebê, mas que são dotados de certa musicalidade aos seus ouvidos (Boysson-Bardies, 1999; Socha, 2008),

O “*mamanhês*” serve também para motivar a criança a estabelecer intercâmbios com os adultos, orientando o bebê para um modo de comunicação oral, tal qual o reconhecimento da palavra e dos objetos “mãe” e “pai”, reunidos em uma única experiência pela comunicação oral, na medida em que os bebês vão desenvolvendo a linguagem. Ao final do segundo mês, por exemplo, aparece o comportamento de revezamento (*turn-taking*), durante o qual o bebê reage às solicitações verbais da mãe, balbuciando quando ela para de falar, estabelecendo assim uma espécie de diálogo através do “*bebeguês*” (*babytalk*). Esse tipo de comportamento estereotipado, na criança, determina algumas funções programadas para a comunicação entre a mãe e o bebê (Boysson-Bardies, 1999, p. 22), principalmente se ela entrar em simbiose com o seu filho. Enfim, o “*mamanhês*” e o “*bebeguês*” facilitam a interpretação das emoções através da voz, e transportam as emoções dos pais para o bebê e do bebê para os pais. Por meio destes dois dispositivos, a criança vai aprender a interpretar e responder às emoções que lhe foram destinadas. Trata-se de um fenômeno comum em todas as culturas já estudadas, ajudando o bebê a reconhecer a sua própria voz no desenvolvimento da linguagem.

Por sua vez, a prosódia caracteriza a organização melódica e rítmica da cadeia falada pelo ambiente humano, através de tons e semitons. As variações da frequência da voz dão lugar à entonação, enquanto que as variações de duração marcam o ritmo próprio da palavra. As variações prosódicas têm funções linguísticas: elas marcam as fronteiras sintáticas, os contrastes fonológicos (“línguas tonais” [*langues à tons*] ou “línguas com estresse” [*langues à stress*] – no original em francês), distinguem as modalidades de frases (por exemplo, interrogativas, exclamativas ou assertivas) fazendo com que essa variância chame a atenção dos bebês (Boysson-Bardies, 1999, p. 17). A prosódia também tem funções não linguísticas. As variações prosódicas marcam estados afetivos e modalidades de humor (tom amistoso ou zangado), suscitam interpretações do discurso (ironia) e facilitam a conversa, conforme as primeiras sínteses da palavra (Boysson-Bardies, 1999, p. 17). Por fim, a prosódia também se utiliza de pausas entre uma palavra e outra, um hiato necessário para que se compreenda, entenda e responda à variedade ampla de sentidos da linguagem humana.

Esse tipo de comunicação não passou despercebido por Winnicott. Ao examinar diretamente a comunicação e a capacidade de se comunicar entre a mãe e o bebê, ele logo viu que elas estavam diretamente ligadas às relações de objeto (Winnicott, 1963c). Com as relações objetais, diz o autor, ocorre uma mudança no propósito dos meios de comunicação entre o bebê e a mãe, à medida que o objeto muda de subjetivo para objetivamente percebido. Isso ocorre quando a criança deixa para trás a experiência de onipotência primária, pois, uma vez que o objeto é subjetivo, não há necessidade de uma comunicação explícita. Mas quando o objeto é objetivamente percebido, duas coisas podem acontecer: ou a comunicação é explícita ou ela é confusa. O indivíduo pode vir a utilizar e apreciar os modos de comunicação ou, então, o *self* não se comunica e o seu núcleo permanece isolado (Winnicott, 1963c). Isso decorre do tipo de comunicação que o bebê constitui com a mãe: uma com a mãe-ambiente, que é essencialmente humana, e outra com a mãe-objeto, que é uma coisa, muito embora também seja a mãe-ambiente ou parte dela.

Aqui Winnicott expõe sua pedra de toque sobre a teoria da comunicabilidade humana. No início da relação mãe-bebê, a comunicação entre eles é dada a partir da relação com o objeto subjetivo que se constitui no atendimento das necessidades na medida em que a mãe se oferece como um continente para o bebê. No progresso dos contatos de carinho e afeto com o infante, o objeto deixa de ser subjetivo e passa a ser objetivamente percebido e estabelecer a diferença entre o “eu” e o “não eu”. Nesse instante, a mãe já foi internalizada como um objeto bom e o bebê atravessou o período da transicionalidade, que marca sua saída da dependência absoluta e seu ingresso na dependência relativa, rumo à independência.

O estudo da comunicação humana por Winnicott se deu principalmente na última década de sua vida, quando ele passou a se interessar pela comunicação inconsciente, afirmando que a habilidade de se comunicar não está fundada inicialmente na aquisição da linguagem, conforme defende a psicanálise clássica, mas em uma interação pré-verbal estabelecida por meio da relação de confiabilidade e mutualidade entre a mãe e o bebê. O desenvolvimento da capacidade de brincar e simbolizar do bebê precede o período em que ele passa a fazer uso de palavras (Abram, 2000). Não é que a linguagem não seja importante na teoria winnicottiana, mas em determinados momentos ela não é tão

importante quanto outras formas de comunicação simbólicas, pré-verbais ou infraverbais, posto que cada indivíduo se constitui como um ser isolado, e, por consequência, pode vir a ter o direito de não se comunicar.

É só no artigo de 1963 sobre “*Comunicação e não comunicação levando ao estudo de certos opostos*” (Winnicott, 1963h)⁵⁴, escrito quando Winnicott tinha 67 anos, que encontramos as principais inquietações do psicanalista inglês sobre o campo emocional construído entre a mãe e o bebê em termos da proposição de uma teoria da comunicação e da não comunicação.

Para Winnicott, a intercomunicação do bebê com a mãe-ambiente é extremamente sutil, na medida em que a comunicação se dá pelo acolhimento das suas necessidades como dependente que é desse ambiente. Se a mãe não consegue se colocar no lugar do bebê, o que vai haver é uma perturbação do núcleo do *self* em desenvolvimento, e a comunicação entre ambos estará corrompida. Quando isso ocorre, dificilmente haverá o desenvolvimento do processo maturacional saudável e é muito improvável que a relação entre ambos possa ser chamada de “uma comunicação”. “À medida que o objeto se torna objetivamente percebido pela criança, assim também se torna significativo para nós contrastar a comunicação com um de seus opostos” (Winnicott, 1963c, p. 166).

Quando o objeto objetivamente percebido se torna gradativamente uma pessoa, a comunicação pode ser entendida a partir dos seus opostos: a “não comunicação simples” e a “não comunicação” que é ativa ou reativa (Winnicott, 1963c, p. 167). A “não comunicação simples” refere-se aos estados tranquilos e de não integração vividos pela mãe e o bebê; ela é precursora do relaxamento, do repouso e de estados de isolamento, e se dá no nível pré-verbal. Para Winnicott, a ideia do isolamento permanente do indivíduo, no qual no núcleo do *self* não há comunicação alguma com o mundo “não eu”, também é de extrema importância. “Aqui, a quietude está ligada à imobilidade” (Winnicott, 1963c, p. 172). Portanto, a “não comunicação simples” diz respeito a um estado que pode vir a se constituir como uma comunicação, na medida em que o processo maturacional e as necessidades do bebê seguem seu destino – quando a mãe e o bebê se olham

⁵⁴ Mais uma vez, preferimos usar a versão original em inglês, “*Communicating and Not Communicating Leading to a Study of Certain Opposites*”, devido aos problemas encontrados na tradução brasileira, a começar pelo erro do título “*Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos*” (Winnicott, 1963c). A tradução, quando necessário, é de nossa responsabilidade.

longamente no momento da amamentação, ou quando seu olhar prende a atenção do bebê, tudo o que é vivido entre ambos pode ser entendido como uma comunicação pré-verbal. Esta é uma comunicação necessária para que o bebê vá constituindo aos poucos o seu mundo interno.

A “não comunicação ativa” diz respeito à saúde e tem sua origem em uma escolha, entre comunicar-se ou não, muitas vezes, pautada em respostas do bebê para a mãe e da mãe para o bebê, por meio de gestos, expressões ou da linguagem oral em desenvolvimento. Por exemplo, quando o bebê está com fome ou sente algum desconforto, o choro é uma forma de comunicar que algo está errado e precisa ser modificado pela mãe ambiente. Quando o bebê ataca o seio da mãe a partir da voracidade do amor cruel, ele comunica à mãe que a deseja e precisa que ela sobreviva à sua capacidade de destruição; em seguida, ele pode comunicar que continua amando-a a partir de momentos de reparação ao dano que provocou ao objeto seio. Por fim, quando o bebê dorme por um período mais prolongado de tempo, ele comunica à mãe que entende o seu cansaço e que ela pode se recuperar do trabalho que ele lhe deu, pois vai precisar da continuidade do seu acolhimento em outros momentos.

Por outro lado, a “não comunicação reativa” é essencialmente patológica e emerge de um ambiente que não foi vivido como suficientemente bom e falhou gravemente no curso do processo maturacional (Winnicott, 1963c).

Estou introduzindo a ideia de uma comunicação com o objeto subjetivo e ao mesmo tempo a ideia de uma não comunicação ativa com o que é objetivamente percebido pelo lactente. Parece não haver dúvida de que, por toda a futilidade do ponto de vista do observador, a comunicação sem saída [*cul-de-sac*] (comunicação com objetos subjetivos) tem toda a sensação de ser real. *Em contrapartida*, tal comunicação com o mundo como ocorre com o falso *self* não parece ser real; não é uma comunicação verdadeira porque não envolve o núcleo do *self*, aquele que poderia ser chamado de *self* verdadeiro [itálicos do autor, acréscimo nosso] (Winnicott, 1963h, p. 184).

Quando a mãe falha continuamente em atender as necessidades do bebê, o que ocorre é um recolhimento do núcleo do *self* que tenta se defender ou se proteger das invasões do ambiente, formando uma casca protetora, resultante de distúrbios psíquicos graves em termos de desenvolvimento maturacional, tais como nos casos de esquizofrenia infantil (autismo)⁵⁵, mas que também pode ser encontrado em indivíduos normais, cujo desenvolvimento não foi distorcido por

⁵⁵ Para as considerações de Winnicott sobre a etiologia da esquizofrenia infantil (autismo), ver Winnicott ([1938, 1963, 1966], 1966d, 1967a).

falhas ambientais. Quando há certa patologia e alguma saúde, o que podemos esperar é uma “não comunicação ativa”, demonstrada por uma reclusão clínica, ou seja, um direito de permanecer em silêncio diante de qualquer situação, seja no trato com as pessoas que cercam o bebê, seja com o analista no *setting*. Isso acontece devido ao fato de a comunicação se ligar a algum grau de relações objetais falsas ou submissas. Do contrário, a comunicação silenciosa ou secreta com os objetos subjetivos produz no bebê uma sensação de ser real e precisa se sobressair para restaurar o equilíbrio do núcleo do *self* danificado. O núcleo do *self* sofre uma cisão (*split*) na qual “uma parte do *split se comunica silenciosamente com objetos subjetivos*. Há lugar para a ideia de que *o relacionamento e a comunicação significativa são silenciosos*” [itálicos nossos] (Winnicott, 1963c, p. 167).

É isso que ocorre no caso de doenças psíquicas graves tais como esquizofrenia adulta ou infantil, estados esquizoides ou *borderlines*, ou até mesmo na presença de tipos clínicos com “falso *self*”. Os indivíduos que sofreram uma ruptura do núcleo do *self*, provocada por constantes e reiteradas falhas ou invasões ambientais, são indivíduos que não tiveram a possibilidade de comunicar-se verdadeiramente nem fazer uso do objeto subjetivo, precisando criar uma grande estrutura defensiva para conseguir operar a cisão da personalidade. A cisão da personalidade ocorreu no momento em que o bebê mais dependia da provisão ambiental e é decorrente de um choque traumático proveniente do ambiente materno. Nas fases iniciais do desenvolvimento do ser humano, a **comunicação silenciosa**, inerente ao aspecto saudável da comunicação entre a mãe e o bebê, se relaciona com o **aspecto subjetivo dos objetos**. Neste tipo de clivagem da personalidade e do ego, o núcleo do *self* teve que se constituir defensivamente, criando para isso um falso *self* (Winnicott, 1964b; 1960c; 1970d).

De acordo com Winnicott, “há um desenvolvimento direto, na normalidade, desta comunicação silenciosa com o conceito de experiências internas na forma definida por Melanie Klein (objeto interno)” (Winnicott, 1963c, p. 168). Para Klein, no trato clínico com a criança, tudo o que está dentro do *setting* se refere ao que está dentro do mundo interno dela (brinquedos, mesa, cadeira, todos eles são objetos subjetivos), e tudo o que se encontra fora da sala de atendimento está fora da criança. Para Winnicott, Klein se equivoca, pois, no início, o mundo interno não pode ser usado conforme a teoria kleiniana postula,

porque que o lactente ainda não estabeleceu apropriadamente os limites do ego e ainda não se tornou mestre nos mecanismos mentais de introjeção e projeção. Assim, “interno”, nesta acepção, se refere apenas a “pessoal”, na medida em que o indivíduo é uma pessoa com um *self* no processo a ser desenvolvido. O mundo interno da criança, ou seu mundo interior, está em plena formação, com a ajuda e o apoio do ego e do *self* da mãe.

Para Costa (2007), “interior” ou “interno” não têm a ver com conteúdos mentais confinados em um imaginário espaço geométrico. “Interior”, para o autor, é um termo que pertence à gramática da ação e da comunicação:

“Estar no interior de qualquer coisa” é ocupar uma posição na qual a relação com o mundo total está dificultada ou impedida a) pelos limites de nossos desempenhos biológicos ou b) pela intenção de segregar-nos de coisas ou eventos, devido às mais diversas razões ou finalidades: busca de proteção contra perigos e agressões, busca de tranquilidade, busca de concentração, desejo de solidão, etc. Mundo e fatos interiores exprimem um tipo de relação com o meio, na qual o sujeito *vê-se limitado ou impondo limites ao espectro da ação do outro* [itálicos do autor] (Costa, 2007, p. 51).

Daí, o que podemos encontrar em certos indivíduos é a sensação ou a experiência de reclusão, ou, dito de outro modo, uma forma de proteger o *self* por meio dos fenômenos de retraimento ou regressão. A criança pode ainda transformar partes desses objetos internalizados, como uma espécie de segredo ou um *self* privado que não se comunica, e, ao mesmo tempo, quer se comunicar e ser encontrado⁵⁶. Lembremos que, para uma criança, “é uma alegria estar escondido, mas um desastre não ser achado” (Winnicott, 1963c, p. 169). Winnicott quer chamar a atenção para a privacidade do *self* ou *self* secreto que, por direito, nunca se comunica nem deve sofrer influência da realidade externa. Aqui encontramos os traços da incomunicabilidade humana e do indivíduo vivendo a solidão essencial. Primeiro, há um núcleo da personalidade que correspondeu ao *self* verdadeiro da personalidade cindida. Esse núcleo nunca se comunica com o mundo dos objetos percebidos, nem é influenciado pela realidade externa. Segundo, “embora as pessoas normais se comuniquem e apreciem se comunicar, o outro fato é igualmente verdadeiro, que *cada indivíduo é isolado, permanentemente isolado sem se comunicar, permanentemente desconhecido, na realidade nunca encontrado* (itálicos do autor) (Winnicott, 1963c, p. 170).

⁵⁶ Esta proposição se assemelha às teses e descrições clínicas presentes nos trabalhos de Khan (1974, 1976, 1989), Aulagnier (1990) e Bollas (1976).

Com efeito, na saúde, há um elemento não comunicável na vida de cada pessoa que se constitui como sagrado e merece ser preservado, ou seja, merece permanecer isolado. Quando o indivíduo sofre traumas oriundos do ambiente materno, esses traumas levam à organização de defesas muito primitivas. O trauma ameaça encontrar, alterar e se comunicar com o núcleo isolado do *self*, que tenta se defender desse tipo de comunicação. A defesa, por consequência, consiste no ocultamento ulterior do *self*. O indivíduo que sofre este tipo de ameaça experimenta a morte em vida, ou, então, as agonias impensáveis, o caos em termos de mundo interior, sem tomar consciência dessa experiência no núcleo do seu *self*. A imagem construída por Winnicott é a de um mundo apocalíptico em termos da violação do núcleo do *self*.

Estupro, ser devorado por canibais, isso são bagatelas comparados com a violação do núcleo do *self*, alteração dos elementos centrais do *self* pela comunicação varando as defesas. Para mim isto seria um pecado contra o *self*. Podemos compreender a raiva que as pessoas têm da psicanálise que penetrou um longo trecho da personalidade humana adentro, e que provê uma ameaça ao ser humano em sua necessidade de ser secretamente isolado. A pergunta é: Como ser isolado sem ter que ser solitário? (Winnicott, 1963c, p. 170).

A resposta encontra-se nas mães que não se comunicam com seus bebês exceto quando se constituem como objetos subjetivos, ou seja, a partir da experiência de onipotência do bebê. Se a mãe se oferece como um objeto para ser devorado pelo bebê, e permite que nela sejam projetadas as mais variadas imagens representativas do mundo externo a partir da experiência de ilusão primária, então o indivíduo pode permanecer isolado e estabelecer uma comunicação silenciosa com a mãe-ambiente ou com a mãe-objeto. Se as mães conseguem se oferecer como esse continente, elas podem vir a ser percebidas objetivamente e seus bebês passam a usar várias técnicas de comunicação, dentre as quais o uso da linguagem verbal (Winnicott, 1963c). Assim o bebê desenvolve, pouco a pouco, o sentimento de “ser” real, vivendo criativamente, na medida em que a mãe o predispõe a compartilhar toda uma gama de experiências culturais nas quais ela e o bebê estão mergulhados.

Se tudo correr bem durante no curso do processo maturacional, a criança pode dispor de três formas de comunicação, a saber: a) a comunicação que é para sempre silenciosa, saudável, vivida em conjunto entre os pais e o bebê, compartilhada na realidade externa por outras pessoas que fazem parte da vida do

indivíduo, e experimentada em momentos calmos e tranquilos quando se vivencia a solidão/solitude; b) a comunicação explícita, indireta e agradável, que pode ou não ser expressa por meio da linguagem verbal, na qual o verdadeiro *self* vai se apresentar, recorrendo algumas vezes ao falso *self* defensivo – neste caso, o falso *self* se constitui como um mecanismo de defesa, dada a impossibilidade de o indivíduo se comunicar o tempo todo a partir do seu *self* verdadeiro; e c) uma forma intermediária de comunicação, que se desvia do brinquedo após a passagem pela infância e caminha no sentido da experiência cultural e religiosa, comunicando-se criativamente com o mundo, onde Winnicott localizou a “experiência cultural” – a comunicação criativa, pertencente ao gesto espontâneo, ao espaço potencial e pode estar presente nas expressões artísticas, religiosas ou culturais. Na saúde, o indivíduo comunica-se criativamente com o mundo (Winnicott, 1963c; 1967g; 1967l; 1968h, 1970e)⁵⁷.

Desse modo, o bebê se comunica criativamente e, no seu devido tempo, se torna capaz de usar o que foi por ele descoberto. Para grande parte das pessoas, a criatividade é sinônimo de que elas foram encontradas e se tornaram úteis, conforme podemos perceber na comunicação entre a mãe e o bebê, tal como apontada por Winnicott: “Encontro você; Você sobrevive ao que lhe faço à medida que a reconheço como um não eu; Uso você; Esqueço-me de você; Você, no entanto, se lembra de mim; Estou sempre me esquecendo de você; Perco você; Estou triste” (Winnicott, 1968g, p. 92).

Uma vez que a mãe possibilita uma provisão ambiental suficientemente boa para o bebê, ela o deixa livre para experimentar estados tranquilos e excitados, recolher-se ou não à sua solidão essencial, sem a necessidade de produzir defesas na ausência de invasões ambientais, que fraturam o núcleo do *self*. O bebê, assim, pode experimentar a comunicação sob a forma de gestos ou expressões, ou permanecer isolado, vivenciando a mãe como um objeto interno, na sua solidão essencial. Se a mãe se comunica com seu bebê por meio do conhecimento do que ele necessita, antes que as necessidades sejam expressas por meio de um gesto, a comunicação de suas necessidades pode se dar deliberadamente, e, então, se transformar em desejos, fazendo com que a mãe

⁵⁷ No texto “*Vivendo de modo criativo*”, Winnicott representa, com um poema, sua forma particular de comunicar-se com o mundo criativamente, construindo-o: “Ah! Ser dente de uma roda/Ah! Fazer parte da engrenagem/Ah! Trabalhar em harmonia com outras pessoas/Ah! Ser casado sem perder *a/ideia* de ser o criador do mundo” [itálicos do autor] (Winnicott, 1970e, p. 35).

possa voltar a se sentir novamente livre para ser ela mesma (Winnicott, 1967f, p. 96). As pessoas que alcançam esse estágio podem conviver perfeitamente bem com estados onde o silêncio se faz presente em suas vidas, e podem se recolher narcisicamente quando descansam e dormem. Outras, que não tiveram essa oportunidade, vivenciam o silêncio de forma disruptiva, ameaçadora e precisam organizar defesas contra o caos vivido no mundo interno.

Enfim, se tudo ocorrer bem, o indivíduo quando criança pode entrar nos campos simbólico e da linguagem verbal e se comunicar com os objetos objetivamente percebidos por meio do verdadeiro *self*, preenchendo o mundo criativamente a partir do que ele constituiu no seu mundo interno, se e somente se a comunicação e a não comunicação foram facilitadas e acolhidas pelo ambiente materno. Quando o bebê experimenta algum tipo de ruptura no núcleo do *self*, ele não consegue colocar em palavras o que é vivido internamente, seja com a mãe, seja em termos de relações triádicas, e o curso do processo maturacional será desviado. Aí sim, a análise pode muito bem ser recomendada para reparar regressivamente o que foi vivido como invasão ou falha ambiental. Em todo o caso, os diversos tipos de silêncio vividos pela dupla mãe-bebê constituirão a matriz do que denominamos “a gramática do silêncio” na clínica psicanalítica, orientada pelas proposições teórico-clínicas de Donald W. Winnicott, conforme veremos a seguir.

*“Onde encontrar a palavra, onde a palavra ressoará?
Não aqui, onde o silêncio foi-lhe escasso (...).”*

T. S. Eliot, Quarta-feira de cinzas.

*“(...) As palavras movem-se, a música move-se
Apenas no tempo; mas o que apenas vive
Apenas pode morrer. As palavras, depois de ditas,
Alcançam o silêncio. Apenas pela forma, pelo molde,
Podem as palavras ou a música alcançar
O repouso, tal como uma jarra chinesa ainda
Se move perpetuamente no seu repouso (...).”*

T. S. Eliot, Burnt Norton.

Conta-nos Masud Khan, herdeiro teórico de Winnicott, que, seis meses antes de sua morte, em janeiro de 1971, um grupo de jovens padres anglicanos convidou Winnicott para uma conversa, solicitando orientação para estabelecer a diferença entre uma pessoa que procura ajuda porque está doente e, portanto, necessita de atendimento psiquiátrico e aquela que seria capaz de obter ajuda simplesmente falando com eles, tendo como resposta: “Se uma pessoa vem falar com você e, ao ouvi-la, você sente que ela o está entediando, então ela está doente e precisa de tratamento psiquiátrico. Mas se ela mantém seu interesse independentemente da gravidade do seu conflito ou sofrimento, então você pode ajudá-la” (Khan, 1972, p. 1).

Assim se constituía o pensamento de Winnicott no que se refere ao adoecimento psíquico. Durante anos, ele tratou de diversos males da alma com os quais todo analista se defronta durante seu trabalho clínico, mas o que lhe chamou a atenção não foi o trabalho com pacientes neuróticos, mas aquele com pacientes considerados difíceis durante quase quarenta anos de trabalho: psicóticos, em sua grande maioria, além de pacientes *borderlines*, esquizoides e com comportamentos antissociais.

Sua sensibilidade ao atender os diversos pacientes com os quais teve que se haver estava em identificar em cada um deles o sofrimento psíquico oriundo das falhas ambientais primitivas pelas quais passaram no curso do seu desenvolvimento emocional, muitas vezes colocando-se no lugar do primeiro ambiente humano que efetuou rupturas no núcleo do seu *self*. Winnicott conhecia

muito bem as regras estabelecidas pela psicanálise clássica ou tradicional, centrada eminentemente na comunicação verbal, caracterizada pela regra fundamental e em interpretações causais apoiadas pela metapsicologia. Tal método é útil ao tratar de pacientes neuróticos, cujas experiências psíquicas os remetem às vivências da infância, ao atravessamento do complexo edipiano e, sobretudo, ao recalçamento de algumas experiências em termos de relações triádicas. Além disso, os pacientes adultos fazem uso de objetos externos “não eu” e atingem um grau de desenvolvimento suficiente para exibirem distúrbios psíquicos relativos às relações objetais. Para esses pacientes, o processo de elaboração por meio da verbalização e da simbolização, usada pela psicanálise clássica, torna-se de grande valia. Aqui, o apoio da regra fundamental é a forma que o analista deve empregar em seu trabalho clínico, removendo aos poucos o material recalçado e tornando o material inconsciente em material consciente.

Segundo Winnicott, a psicanálise desde seus primórdios enfatizou a força dos sentimentos inconscientes conflitantes explorando as defesas erguidas contra eles. Durante décadas, a maior parte dos analistas da vertente clássica da psicanálise se ocupou principalmente da infância e dos conflitos edípicos inerentes a esta fase do desenvolvimento, bem como todas as complicações que surgem dos sentimentos de meninos e meninas que se tornaram pessoas totais e que se relacionaram com outras pessoas totais, seus pais. Essa vertente psicanalítica gradativamente começou a invadir as experiências de crianças mais jovens, explorando os conflitos existentes dentro da psique e desenvolvendo conceitos abrangidos por palavras (Winnicott, 1969a). Além disso, os temas pertinentes ao interesse dos analistas dessa corrente teórica se baseavam principalmente na comunicação verbal e na sua interpretação, deixando de prestar atenção à diversidade de atitudes subjacentes à verbalização – gestos, expressões e sentimentos permeados ou não pelo uso da palavra (Winnicott, 1968g).

Com efeito, na concepção de Winnicott, a psicanálise teve que partir de uma base da verbalização na medida em que o uso desse método se constituía como adequado para o tratamento de um paciente neurótico, mas completamente inútil com um sintoma de um paciente esquizoide ou psicótico, ou seja, indivíduos cujas experiências iniciais do “ser” não se constituíram em suas vidas. Este senso de “ser”, diz Winnicott (1966b; 1967d; 1970e; 1968e), é algo que

antecede a ideia de “ser-um-só-com”, porque não existe a sensação de “ser” algo antes que o ambiente materno promova essa capacidade, exceto a identidade.

Duas pessoas separadas podem *sentir-se* em união, mas aqui, no local que estou examinando, o bebê e o objeto *são* um só. A expressão identificação primária talvez tenha sido usada para designar exatamente isto que estou descrevendo, e estou tentando demonstrar quão vitalmente importante esta primeira experiência é para o início de todas as experiências subsequentes de identificação. (...) No crescimento do bebê humano, à medida que o ego começa a organizar-se, isto que estou chamando de relacionamento objetal do elemento feminino puro estabelece o que é talvez a mais simples de todas as experiências, a experiência de *ser* [itálicos do autor] (Winnicott, 1966e, p. 140).

O que a psicanálise clássica pode fazer por esses pacientes não caminha na direção de corrigir suas experiências mais primitivas, nem ir em direção às suas primeiras experiências das quais não consegue lembrar, pois eles já atravessaram experiências iniciais, já experimentaram conflitos internos oriundos das relações com as imagens paterna e materna e já produziram defesas organizadas oriundas dessas relações para lidar com a ansiedade relativa à vida instintiva, sendo o recalque inconsciente uma delas. Os neuróticos de modo geral se esforçam para fazer com que o que ficou recalcado no inconsciente permaneça lá, e, durante o curso de uma análise, encontram alívio toda vez que vivenciam na figura do analista, por meio da transferência, as experiências que um dia viveram com seus pais no atravessamento do Édipo e ao lidarem com a castração (Winnicott, 1968g). Para estas pessoas, a análise traz um aumento da autoconsciência, e uma tolerância maior para com o que é desconhecido (Winnicott, 1990a).

Na situação com pacientes ditos difíceis, o trabalho do analista deve caminhar em outra direção. Para os casos de pacientes psicóticos, esquizoides ou *borderlines*, o analista não conseguirá se servir unicamente da comunicação verbal, devido a uma fratura ou rompimento do núcleo do *self* desses pacientes, impedindo a comunicação com o *self* verdadeiro. Pacientes como esses têm dificuldade de entrar em contato com o mundo externo, devido a uma “não constituição” de si mesmos como pessoas totais durante o processo maturacional, da formação do seu mundo interno e devido a falhas ambientais graves pelo seu cuidador ou cuidadora. Os pacientes psicóticos, personalidades *borderline* e esquizoides, ao contrário, pouco se interessam por ganhar maior autoconsciência, portanto, não esperam que a análise os torne mais conscientes e nem têm

esperanças de que lhes seja possível experimentar o sentimento de realidade novamente. Esta é uma conquista que deve ser feita aos poucos, na relação terapêutica com o seu analista, muitas vezes trabalhando na regressão e se colocando no lugar do primeiro ambiente materno que chegou a falhar gravemente no trato com o infante (Winnicott, 1990a).

De acordo com Loparic (1999), caso o analista queira cuidar desses pacientes, ele não poderá fazer uso apenas da comunicação verbal objetiva, ou seja, uma máquina representacional com a qual Freud e muitos dos seus herdeiros teóricos lidavam, pois, para essas pessoas, algo deixou de acontecer antes mesmos que eles pudessem experienciar e comunicar esse “não acontecido”. Os pacientes psicóticos, *borderlines* e esquizoides padecem de agonias pré-simbólicas que se originaram antes de a verbalização ser estabelecida e adquirir qualquer significação na sua subjetividade. “Os pacientes winnicottianos típicos não se comunicam para informar os dados da charada em que se meteram, mas para poder continuar a existir e poder ter, um dia, uma biografia”, diz Loparic (1999, p. 363). A clínica psicanalítica, no pensamento de Winnicott, não trata apenas de romper a barreira edipiana do que foi recalcado, mas é uma clínica na qual o mais importante é a “existência” do indivíduo em termos de saúde e criatividade – primeiro “ser” (mundo interno) para depois “(re)fazer” (mundo externo) a comunicação com o ambiente humano sobre o “não acontecido”. Trata-se de reviver junto com seu analista uma parte do seu processo maturacional que não foi possível na fase mais primitiva com o continente materno.

Assim, sai de cena o “recordar, repetir e elaborar”, tipicamente útil no atendimento dos pacientes neuróticos, e entra o “esperar, esperar, esperar” até que o paciente tente se comunicar, não importa de que maneira, para aqueles cuja comunicação não foi possível com o ambiente humano (Loparic, 1999). Ou, como diz Winnicott, no processo de cura desses casos a verbalização não importa, as palavras não significam nada, a comunicação não pode ser feita, na maior parte do tempo, por meio de palavras, e o analista deve empregar uma técnica diferente para atender as necessidades do seu paciente (Winnicott, 1950a). Foi esta clínica estabelecida por Winnicott, ao longo do seu trabalho como analista, que o fez tratar de uma das pacientes mais conhecidas na literatura: o caso da psicanalista inglesa Margaret Little.

Margaret Little é a paciente que mais aparece em seus textos, sem que

o autor mencione o seu nome (Winnicott, 1948c; 1949b; 1954-5; 1960c; 1963f; 1965e; 1969a; 1975). Dado o número de vezes em que podemos identificá-la, podemos afirmar que esta paciente foi quem mais lhe ensinou seu trabalho clínico e quem mais demandou um esforço da sua parte para restaurar o caos que vivenciou quando era uma criança. Margaret era psicanalista da Sociedade Britânica de Psicanálise quando começou seu processo de análise com Winnicott, e havia passado por dois outros processos dos quais não obteve muito êxito. Seu percurso analítico foi contado em um livro autobiográfico intitulado “*Ansiedades psicóticas e prevenção: registro pessoal de uma análise com Winnicott*”⁵⁸, no qual ela não só apresenta parte de sua análise com Winnicott como também dos outros dois analistas – um junguiano e outro kleiniano.

O primeiro, um analista junguiano, denominado “Doutor X”, a tratou no período entre 1936 e 1938. Durante as três primeiras semanas em que foi às sessões, ela ficava paralisada de medo sem conseguir falar ou até mesmo se mover no divã. O “Doutor X” não procurou analisar a neurose e nem as dificuldades internas de sua paciente. Pelo contrário, ele a persuadiu a começar seu treinamento como analista na Clínica Tavistock, em Londres, servindo apenas para que Margaret se separasse de um complicado caso de amizade naquela época. Com problemas familiares graves vividos com seu pai (alcoólatra e instável), mas principalmente sua mãe (amorosa, mas também dominadora, intrometida e imprevisível), certa vez o “Doutor X” explodiu dizendo: “Pelo amor de Deus, seja *você mesma!* (Não seja aquela criança que vomitava!)”. Ao que Margaret respondeu: “Eu não sei como, não sei *quem sou*” [itálicos da autora] (Little, 1992, p. 28-29). O grande erro do “Doutor X” foi pressupor que bastaria lhe dar essa sugestão e proceder a algumas sessões com massagens no corpo da paciente, para acalmar a angústia paralisante que ela sofria, mas isso não resolveu. Depois de dois anos de análise com três sessões por semana, o “Doutor X” viu que o quadro clínico não se alterava e afirmou que ela não mais precisava de análise, dispensando-a. Os dois tornaram-se próximos, e, por indicação dele, Margaret foi encaminhada para a psicanalista Ella Freeman Sharpe.

Com Ella Sharpe, o processo analítico de Margaret Little se deu

⁵⁸ O título original é “*Psychotic anxieties and containment*”, ou seja, “*Ansiedades psicóticas e contenção*”. Para um comentário sobre a experiência de análise de Margaret Little, ver Naffah Neto (2008). Outro exemplo do trabalho de Winnicott também pode ser encontrado em Guntrip (1975).

durante o período de 1940 a 1947. Sharpe a considerava uma típica “neurótica histérica”, pautando o seu trabalho de análise a partir do complexo edípico. O primeiro encontro entre as duas foi aterrador para Margaret: mais uma vez, na primeira sessão, ela deitara-se no divã e permanecera rígida, incapaz de falar ou se mover. Ella, por sua vez, também permaneceu calada, imóvel e mergulhada em seu silêncio – provavelmente produzindo um forte sentimento de angústia para que a paciente viesse a verbalizar seu sofrimento, o que não surtiu efeito, e Margaret explodiu: “Isto *não* pode ser real!” [itálicos da autora] (Little, 1992, p. 34), lembrando algumas alucinações pelas quais passara na infância e adolescência, obtendo como interpretação uma “ansiedade de castração” desenvolvida junto com seu analista anterior. Ella Sharpe era uma analista clássica que fizera sua formação e supervisão com Melanie Klein. Como tal, ela entendia a análise como um mergulho na sexualidade infantil em todas as suas formas, a partir do Complexo de Édipo e de Castração, além da produção de fantasias reprimidas sobre os pais.

Para Margaret, o que foi vivido com sua nova analista não foi definido como uma “neurose de transferência” – como era de se esperar em toda análise clássica –, mas uma “psicose de transferência”. Logo cedo, a análise constituiu-se em um embate constante entre as duas – a analista insistindo em achar o conflito psíquico relacionado às vivências da sexualidade infantil, e a analisanda tentando dizer-lhe que seus problemas não tinham nada a ver com isso, e, sim, com questões de existência e identidade, pois ela “não sabia quem era”, ora sentindo-se vazia, ora sentindo desintegrada. A sexualidade era totalmente irrelevante e sem sentido naquele momento.

De acordo com Naffah Neto (2008), Ella Sharpe era sempre gentil, cálida, amigável e generosa nos atendimentos, mas foi incapaz de perceber as necessidades primárias de sua paciente. A analista encarnava, sem se dar conta, as próprias características da mãe de sua paciente. Esta, por sua vez, identificava-se com Ella, tornando-se dependente e submissa, como, aliás, era originalmente dependente e submissa à mãe. Isso despertou a hostilidade da paciente para com Ella Sharpe, que, mais uma vez, como analista kleiniana, interpretou a hostilidade à luz do complexo edípico: “Os meus sonhos naquela época de luta, confusão e fragmentação foram interpretados como fantasias de coito violento e desejos reprimidos de ter relações sexuais com o meu pai e de destruir a minha mãe”

(Little, 1992, p. 36).

Quando a paciente comunicava seu desejo de “ser alguém”, referindo-se a uma pessoa total e não um “ninguém” ou uma “não pessoa” como achava que era, obtinha como interpretação “um desejo de tomar o lugar da mãe na relação com o pai”, ou de “ser a sua própria mãe fisicamente, em seu relacionamento sexual e capacidade reprodutora, sendo uma cópia vulgar da mãe ou da sua analista”. Todas as vezes que Margaret referia-se a um de seus genitores, a interpretação sempre girava em torno da fantasia inconsciente entre os pais. “Eu estava duplamente presa à ‘teia de aranha’; *eu* era a louca, não a minha mãe; *ela* era a que ‘sabia’, como a minha mãe, não eu, sempre soubera; enquanto o *meu* reconhecimento da minha psicose e da psicose da minha mãe era desprezado como fantasia” [itálicos da autora] (Little, 1992, p. 36).

Quando Margaret fazia um comentário pessoal acerca do que ela observava na sua analista, tal como sobre sinais de doença cardíaca, ela era instada a se submeter à “regra analítica”. Durante o tempo em que permaneceu em análise com Ella Sharpe, o sentimento de vazio e inexistência pouco pôde ser trabalhado, fato que fez com que a analista e a paciente decidissem interromper o processo ao final de quase sete anos de tratamento: “Não faz sentido continuar a analisar por analisar”, disse certa vez Ella à Margaret, e, antes mesmo que pudessem encerrar o processo analítico, Ella Sharpe veio a falecer subitamente de enfarto. “Sentindo-me mais do que nunca uma não pessoa, e sabendo não mais do que antes quem ‘eu’ era, eu estava mais uma vez totalmente exposta à minha ansiedade psicótica, com raiva, culpa, desamparo e desespero esmagadores” (Little, 1992, p. 38).

Foi então em que, em 1949, Margaret resolveu procurar Winnicott por indicação de uma amiga, depois de vê-lo numa palestra na Sociedade Britânica de Psicanálise. “Ouvi a leitura de seus ensaios (...) e achei que ele era alguém que podia realmente me ajudar” (Little, 1992, p. 44). Assim que conheceu Winnicott ela resolveu começar sua análise. Diagnosticada como uma paciente *borderline* (personalidade narcísica), decorrente de uma mãe psicótica e invasiva, cujo sofrimento psíquico nas sessões aparecia do delírio psicótico aos arroubos histéricos, das depressões crônicas às tentativas de suicídio, da paralisia silenciosa aos atos de agressividade contra o analista e contra o *setting*, Margaret sentiu-se incompreendida pelos seus dois analistas anteriores, pois nada do que eles fizeram

pareceu ajudá-la.

Ela fez dois períodos de análise com Winnicott: um primeiro período que durou de 1949 a 1955 – baseado na regressão à dependência - e um segundo, começando em 1957, no qual puderam ser trabalhadas as relações edípicas da paciente por meio de uma análise clássica, e que durou dezoito meses. A primeira sessão com Winnicott trouxe-lhe a repetição do pavor das primeiras sessões com seus analistas anteriores. Margaret deita-se no divã, fica enroscada, rígida, completamente escondida sob o cobertor, incapaz de mover-se ou falar. Winnicott, à semelhança de Ella Sharpe, permanece em silêncio. Porém, ao final da sessão, obtém uma compreensão completamente diferente da analista anterior e diz: “Eu não *sei*, mas tenho a impressão de que, por alguma razão, você está me excluindo” [itálicos da autora] (Little, 1992, p. 44). Isso lhe trouxe grande alívio, percebendo em si mesma o quanto estava fechada, reservada, escondendo-se no útero, mas sem que houvesse onde se segurar – lembremos que, para Winnicott, a mãe não só segura o bebê nos braços, como também a imagem metafórica do continente materno para o bebê é ser segurado pelo útero. Esta sensação é uma memória corporal que a criança leva consigo por toda a sua vida, e pode ser representada pelos objetos que se encontram no consultório do analista – o divã, sua cadeira, a cabeceira, os quadros, a janela, a luz, e tudo o mais. O divã, para Margaret, naquela análise e com aquele analista, representava simbolicamente o útero materno no qual tentava se segurar durante sua gestação. Winnicott, como analista, podia assumir o papel de continente materno que ela tanto precisava nesse novo processo, com vistas a libertá-la da sua ansiedade psicótica.

Logo Winnicott descobriu que durante a primeira metade de todas as sessões “nada acontecia”; a paciente não conseguia falar até atingir um estado inalterado ou letárgico. Ele não a perturbava e nem fazia intervenções que fossem associadas a uma invasão do núcleo do *self*, como, por exemplo, se pedisse **para ela dizer o que estava pensando ou qual o lugar, naquele momento, em que ela se encontrava**. Pelo contrário, o manejo que Winnicott fazia do silêncio não só era positivo, mas era eminentemente marcado pela sua presença e atenção corporal durante o tempo em que ela permanecia imóvel e calada. “Era como se eu tivesse de assimilar o silêncio e a calma que ele me proporcionava. Aquilo era muito diferente das perturbações da infância, do estado de ansiedade da minha mãe e da hostilidade geral da qual eu sempre senti necessidade de fugir para

encontrar paz” (Little, 1992, p. 46). Foi a partir desta compreensão do estado em que se encontrava a paciente, que Winnicott passou a se utilizar de um dispositivo diferente da análise clássica: o aumento do tempo das sessões, que podiam ser de uma hora e meia, duas horas, às vezes chegando até três horas numa mesma sessão, motivo este pelo qual foi repreendido pela Sociedade Britânica de Psicanálise (Rodman, 2003).

Em alguns momentos permeados pelo silêncio, conta-nos Margaret, Winnicott permanecia por um longo tempo segurando suas mãos nas mãos dele, **quase como um cordão umbilical**, enquanto ela ficava deitada, escondida debaixo do cobertor, calada, inerte, retraída, apavorada, com raiva ou em lágrimas, às vezes dormindo, às vezes sonhando (Little, 1992, p. 46). Em outros, era Winnicott quem ficava sonolento, permitindo-se dormir e despertar com um movimento abrupto, obtendo uma reação da paciente: o seu despertar apavorada e com a sensação de ter sido golpeada. Neste caso, tal qual a resposta dada aos padres anglicanos, Winnicott começou a experimentar o tédio durante as sessões com Margaret Little, mostrando-se exausto ou sentindo dores em suas mãos, a partir da contratransferência desencadeada pela paciente na cena analítica.

Para Masud Khan (1960), a contratransferência não significa uma transferência conflitual inconsciente do analista, mas a sensibilidade total e consciente deste em relação ao paciente, ou seja, trata-se de algo mais do que um simples *rapport* intelectual ou uma compreensão do sintoma, na medida em que o analista cria, mantém e sustenta uma situação psicanalítica a partir das demandas vividas pelo paciente. Dito em outras palavras, ressalta-se aqui a humanidade do analista, a qual vivifica as reações humanas advindas das necessidades físicas e emocionais do analisando. Com isso em mente, o analista não está preocupado com o que se esconde por meio do recalque no inconsciente do paciente, mas tem outra preocupação: “qual é a verdadeira necessidade do analisando?”. “O que ele pede por meio do seu sintoma e da sua demanda?”. O analista, nestes casos, pode se constituir como um continente (*la mer*) do qual o paciente precisa para criar um mundo interno seu, sob forma de um *self* verdadeiro. Na verdade, ele trabalha “na regressão” por meio do *holding* e do *handling* fornecido ao seu paciente em momentos de retraimento e regressão. O “*holding*” e o “*handling*”, aqui, são compreendidos da mesma maneira que se apresentam na relação mãe-bebê – *holding* como sustentação, segurar nos braços, no colo, nas mãos e no divã;

handling como manejar a cena analítica de acordo com as necessidades físicas e emocionais do paciente – às vezes tocando-lhe, segurando sua mão, intervindo com palavras, ou até mesmo construindo um novo espaço analítico diferente daquele encontrado no consultório, indo ao seu encontro fora do *setting*. Tudo isto também pode proporcionar ao paciente a vivência de uma solidão essencial bastante primitiva e nunca experimentada, permeada por momentos onde tudo é quietude e a partir da “dimensão corporal do silêncio”. O sentido da “dimensão corporal do silêncio”, ou seja, **a presença viva do analista** dentro do *setting*, como alguém que respira, preocupa-se com o paciente, adormece, tem raiva, mas também encontra-se disponível para ser usado conforme a demanda apresentada pelo seu analisando, é fornecido por Masud Khan, a partir das análises com uma de suas pacientes difíceis:

Meu papel na situação analítica era, fundamentalmente e dinamicamente, este: estar *ali*, vivo, atento, corporificado e vital mas não para invadi-la com qualquer necessidade pessoal de produzir suas experiências afetivas para seus correlatos mentais. Fiz ainda muitos experimentos com modos de ficar em silêncio com ela. Se eu não estivesse **totalmente presente com toda a minha atenção corporal**, ela imediatamente o sentiria. Nunca pude descobrir como ela o sentia, mas sempre percebia que isto havia acontecido pela **mudança de ritmo afetivo** ou por alguma nova linha de material surgida no dia seguinte. (...) Em algumas sessões, ela ficava deitada, quieta, e **só necessitava que eu estivesse lá**. Em outras, sentia-se “perfeitamente normal”, e era então possível o trabalho interpretativo sobre o que estava acontecendo dentro dela. A importância dessa “verbalização” do que ela sentia nos seus estados de silêncio e regressão era de valor inestimável, porque, só por meio deste processo de verbalização, se estabelecia gradualmente uma ligação entre o que acontecia naquele momento e seus antecedentes genéticos na sua infância e passado [itálicos do autor, grifos nossos] Khan, 1960, p. 193-194).

Quando Winnicott referiu-se ao desenvolvimento de uma capacidade de estar só na presença de alguém, no desenvolvimento emocional da criança junto à sua mãe, ele reforçou a ideia de que o indivíduo só pode experimentar essa “solidão essencial” a partir da presença de outro, internalizado como um objeto bom. Dessa forma, o pediatra e psicanalista inglês humaniza a solidão e a torna uma experiência que pode ser vivida entre duas pessoas, enfatizando que a presença de cada uma na relação é importante para a dupla que a vivencia (Bonaminio, 2011). Esta experiência também pode ser encontrada no jogo da espátula, quando o bebê passa por momentos de hesitação ao se relacionar com aquele objeto (Winnicott, 1941). O analista pode verificar sua capacidade de

internalizá-la, assim como ele internaliza a mãe, bem como o desenvolvimento da sua capacidade psíquica de enfrentar a ausência do objeto. De modo análogo é este o momento vivido pelo paciente junto ao seu analista: o paciente, no início da análise, passa por momentos de hesitação entre o comunicar e o não comunicar, até que os sentimentos de empatia, confiança, mutualidade e transferência estejam bem constituídos junto ao seu terapeuta. Quando esse momento é percebido pelo analista, então, não há o que interpretar, e devemos “esperar, esperar e esperar” de modo a facilitar os movimentos de comunicação oriundos do verdadeiro *self* do paciente.

Esta era a mesma compreensão que Winnicott tinha de sua paciente *borderline*. Para ele, o que Margaret Little precisava era de um ambiente que a sustentasse diante das inúmeras invasões do ambiente materno quando ela era ainda um bebê, por um lado, e um ambiente onde o *holding* e a “regressão à dependência” fossem possíveis em termos de manejo. De acordo com Margaret Little, Winnicott usava a palavra *holding* tanto do ponto de vista metafórico quanto literalmente. Metaforicamente ele controlava a sessão a partir do *holding*, dando apoio, mantendo contato com todos os níveis do que quer que acontecesse dentro e ao redor (“nas bordas”) do seu mundo interno e do seu mundo externo durante a sessão, a partir do relacionamento que ambos desenvolviam. Literalmente, porque durante várias horas, Winnicott, como analista, se dispunha a tocar, ou diríamos, “manejar” (*handling*) o corpo da paciente de diversas formas, ora dando-lhe as mãos em momentos de grande sofrimento, ora respirando em sincronia com ela (experiência de mutualidade), ora levando-a a momentos extremamente primitivos durante as sessões (trabalho na regressão), ou ainda aumentando a duração do atendimento para uma hora e meia ou até mesmo três horas de sessão (elasticidade da técnica, na concepção ferencziana).

Além disto, e ainda contrariamente à regra psicanalítica clássica de neutralidade, Winnicott se permitia participar de experiências de mutualidade com sua paciente, quando precisou reificar, na experiência subjetiva de Margaret Little, a comunicação entre ela e sua mãe a partir da experiência de nascimento. Diante da necessidade de permanecer em contato o tempo todo com o seu analista apresentada pela paciente, em situação de regressão à dependência, Winnicott nos conta que certa vez precisou ficar segurando a cabeça dela em suas mãos.

Sem uma ação deliberada por parte de qualquer um de nós, desenvolveu-se um ritmo de embalo. O ritmo era bastante rápido, cerca de 70 minutos (conforme batimentos cardíacos) e tive algum trabalho para adaptar-me a tal ritmo. Sem embargo, lá nos achávamos, com a *mutualidade* expressa em termos de um leve, mas persistente movimento de embalo. **Sem palavras, estávamos nos comunicando um com o outro**, e isto estava se dando em um nível de desenvolvimento que não exigia que a paciente tivesse maturidade mais avançada daquela que se descobrira possuindo na regressão à dependência da fase da sua análise. Esta experiência, amiúde repetida, foi decisiva para a terapia, e a violência que havia conduzido a ela foi somente então vista como sendo uma preparação e um teste complexo da **capacidade do analista de atender às variedades técnicas de comunicação** da primeiríssima infância [itálicos do autor, grifos nossos] (Winnicott, 1969a, p. 200).

A mesma cena é descrita por Margaret Little quando ela sofreu acessos de pânico, começado a sentir um estado de tensão interna em toda a extensão do seu corpo, fazendo com que ela segurasse as mãos de Winnicott até essa sensação passar. Winnicott interpretou esse momento como uma revivência da experiência de nascimento, momento em que segurou sua cabeça durante alguns minutos, dizendo que, após o nascimento, a cabeça de uma criança podia doer e parecer pesada durante certo tempo. “Tudo isso se encaixava, porque tratava-se de um nascimento *para um relacionamento*” [itálicos da autora] (Little, 1992, p. 46).

Com este estudo de caso, percebemos como o silêncio passou a ser manejado por Winnicott de acordo com os diversos sentidos em que ele se fazia presente, ora como silêncio do analisando, ora como seu próprio silêncio. Apesar de Margaret Little, em alguns momentos do seu processo analítico, corroborar determinados sentidos do silêncio conforme a psicanálise clássica – resistência, censura, recalque, transferência, etc. - a compreensão e o manejo que Winnicott fez desse silêncio caminharam em um sentido completamente oposto. Na clínica psicanalítica winnicottiana, há uma positivação do silêncio de acordo com o seu manejo, o momento da análise e as fases pelas quais o paciente passa. Com isso, podemos afirmar que Winnicott amplia a compreensão do sofrimento psíquico do paciente, cada vez que o silêncio se faz presente.

6.1

Retraimento e regressão

A psicanálise clássica nunca concedeu grande importância aos fenômenos do retraimento e da regressão. Foi a partir das contribuições dos analistas da Escola Inglesa e da teoria das relações de objeto, que Winnicott ressaltou a diferença entre regressão (*regression*) e retraimento (*withdrawal*) no campo teórico e no contexto do manejo clínico.

Para o autor, em termos clínicos, os dois estados são praticamente indiferenciados. Porém, na regressão há o fenômeno da dependência, enquanto que no retraimento ocorre uma independência patológica. O retraimento pode ser permitido na primeira parte de uma análise, fazendo-se presente através de um processo silencioso, uma dependência extrema ou através da percepção de um ambiente persecutório (Winnicott, 1965e). O trabalho com a regressão, para Winnicott, faz parte da análise e deve-se permitir ao paciente vivê-lo quando se constitui no *setting*, principalmente com paciente psicóticos, esquizoides ou *borderlines*. Isso não quer dizer que alguns pacientes que apresentam sintomas típicos da neurose não possam vivenciar momentos de retraimento ou regressão em alguma fase da análise.

Os dados clínicos no trabalho com crianças ajudaram Winnicott a compreender a presença de ambos os sintomas no manejo com adultos. Sua primeira publicação a tratar do assunto deu-se em 1935, quando publicou “A defesa maníaca” (Winnicott, 1935). Nesse texto, o autor observou uma forma particular e intrapsíquica de o paciente lidar com as ansiedades oriundas do seu mundo interno. Winnicott vê na defesa maníaca uma forma de o paciente negar a realidade interna, fugindo para a realidade externa, na tentativa de se manter em um “estado de hibernação”, sem entrar em contato com o que é vivido internamente. Uma das formas de lidar com isso é por meio do cansaço ou do tédio produzido no analista, como forma de lidar com o *stress* que ocorre dentro do mundo interno do paciente. O tédio é um estado organizado e defensivo de uma estrutura psíquica, que mantém um controle onipotente sobre sua realidade interna por meio do controle obsessivo da linguagem e de objetos, e cuja narrativa se constitui como um espaço petrificado onde nada pode acontecer (Khan, 1972), tal como vivenciado por Margaret Little. São características da defesa maníaca a

negação da realidade interna, a fuga para a realidade externa e um controle onipotente por meio da animação suspensa (Winnicott, 1935).

No manejo que o indivíduo faz do humor depressivo associado especificamente à ansiedade da posição depressiva (Klein), existe a notória fuga da depressão, pela qual se constitui *a defesa maníaca*. Nesta, tudo o que é sério é negado, a morte ganha uma vivacidade exagerada e o **silêncio se torna barulho**. Outras características da defesa maníaca são a ausência de sofrimento ou preocupação e a ausência do trabalho construtivo ou do prazer repousante (a quietude da solidão essencial experimentada, por exemplo, quando se é um bebê em relação com a mãe) (Winnicott, 1954a).

Se para o analista inglês o retraimento significa um desligamento momentâneo de uma relação desperta com a realidade externa, desligamento este que pode se manifestar por meio de momentos de silêncio ou de um breve sono e de extrema dependência, a regressão significa regressão à dependência, e não, ao contrário do que postulou Freud, regressão em termos de zonas erógenas ou libidinais (Winnicott, 1954b; 1965e; 1967e).

Foi o que viveu Margaret Little nos primeiros momentos de sua análise. Durante os momentos em que se constituía como “retraída”, a primeira parte da análise era completamente imobilizada pela paciente, na qual nada se podia fazer na sessão a não ser esperar que ela reagisse. O processo era completamente silencioso, dada a extrema dependência vivida por ela no ambiente analítico. Segundo Winnicott (1965e), o retraimento da paciente tornou-se a característica da análise, produzindo raiva quando o analista tomava equivocadamente o retraimento por regressão ou quando não se dava conta de que o retraimento tinha de ser tratado de modo diferente. Na prática, o analista pôde observar o momento em que o retraimento transformava-se em regressão, à medida que se tornava capaz de identificar o que havia de positivo na atitude analítica, e assim, compreender que, no retraimento, havia uma expectativa de que o meio ambiente se tornasse persecutório. No início do seu processo analítico, já deitada no divã, Margaret Little ficara tão retraída quanto possível, oculta sob duas mantas e entre duas almofadas, escondendo-se e protegendo-se de qualquer reação de Winnicott. De modo inteiramente repentino, diz o pediatra e psicanalista inglês, ela emergiu das cobertas e demonstrou estar com raiva criticando-o por deixá-la naquele estado, além de criticar seu manejo da sessão. A raiva

permaneceu até o fim da sessão, quando se levantou e foi embora, após dizer que nunca mais voltaria a vê-lo novamente.

Winnicott (1964a; 1954b) ressalta a importância do manejo da regressão à dependência absoluta para a dependência relativa e, em seguida, para a independência junto ao paciente adulto (cura analítica?), tal como ocorre no desenvolvimento emocional do indivíduo. O paciente que se encontra retraído está fornecendo um *holding* (sustentação) para o seu *self*. Se o analista consegue, de igual modo, fornecer um *holding* para o paciente assim que o estado retraído surge na análise, então o estado retraído pode vir a se tornar uma regressão. A vantagem de uma regressão é que ela traz consigo a oportunidade de correção de uma adaptação às necessidades inadequadas presentes na história passada do paciente, isto é, a possibilidade de corrigir falhas ambientais por meio do manejo da técnica – na verdade, postula-se um acolhimento da demanda do paciente como se ele fosse um bebê.

Aqui, a dimensão corporal, enfatizada por Khan (1960) também foi de grande valia no acompanhamento do caso. De acordo com o autor, estar em silêncio com o paciente, ou sustentar esse silêncio, não é apenas promover a angústia do paciente com vistas à verbalização das moções inconscientes, e, sim, estar presentificado empaticamente com o seu corpo vivo por meio de uma atenção corporal. Se a qualquer momento o paciente precisa do analista, ele está ali, apto, atento, disponível, se fazendo presente para ser tomado de empréstimo pelo analisando, de modo a poder ampará-lo e servir de “ego auxiliar”. Ao mesmo tempo, isso significa dar ao paciente um ego corporal, mesmo que não houvesse nenhum contato físico entre ambos.

O retraimento, para Winnicott (1990a), representa um comportamento autoprotetor, mas o retorno àquele estado não traz alívio e pode levar a complicações durante o processo analítico. A regressão, por outro lado, tem uma qualidade curativa, pois é possível reformular experiências precoces através dela. O retorno da regressão depende da reconquista da independência se for bem trabalhada pelo analista, abrindo-se a possibilidade de o *self* verdadeiro surgir em sua dimensionalidade. Para que se alcance isso, é preciso tanto o desenvolvimento da capacidade de confiar, por parte do analisando, quanto da capacidade de fazer jus à confiança, por parte do analista. É bem provável que o desenvolvimento dessas capacidades leve algum tempo para ser conquistado, o que significa que o

analista está se colocando no lugar de mãe-suficientemente-boa para o paciente, adaptando-se às suas necessidades. Segundo Winnicott (1990a, p. 164) “há uma pessoa que é humana e imperfeita relacionando-se com um terapeuta que é imperfeito, no sentido de não desejar agir perfeitamente para além de um certo nível, e para além de um certo período de tempo”.

Assim, a regressão caminha do lado oposto ao retraimento. Winnicott afirma que a palavra “regressão” significa simplesmente o inverso de progresso. Este progresso refere-se à evolução do indivíduo, à sua psique-soma, à sua personalidade ou à sua mente, com uma formação de caráter e socialização. O progresso por ele referido tem início em uma data certamente anterior ao nascimento do infante, mas existe também um impulso biológico por trás dele. “Um dos dogmas da psicanálise é que a saúde implica continuidade com relação a este progresso evolucionário da psique e que a saúde é a maturidade do desenvolvimento emocional, de acordo com a idade do indivíduo, isto é, maturidade com referência a este progresso evolucionário” (Winnicott, 1954-5, p. 462).

Por fim, Winnicott (1967e) considera ainda que haja dois tipos de regressão: a primeira refere-se a uma retroação em direção ao que constitui o oposto do movimento “para frente” do desenvolvimento, no qual aspectos regressivos aparecem e possibilitam que reconheçamos o bloqueio nos mecanismos de crescimento do indivíduo. O segundo tipo refere aquilo que o autor denominou de “regressão à dependência” a partir de uma provisão ambiental, conforme dito anteriormente.

Os pacientes que regredem à fase de dependência não necessariamente são denominados de pacientes regredidos. Os pacientes regredidos foram descritos por Winnicott como “pacientes *borderlines*”, o que na literatura psicanalítica atual tem sido denominado de “casos limites” ou “personalidades narcísicas”⁵⁹. Nestes, o que se pode observar é o surgimento de uma “psicose de transferência” em oposição a uma “neurose de transferência”, tal como a que foi vivenciada por Margaret Little. Tanto no retraimento quanto na regressão, é necessário o manejo da “regressão à dependência”. A regressão à dependência é uma condição necessária para reparar falhas ambientais e promover o verdadeiro *self*, encoberto

⁵⁹ Há uma extensa literatura psicanalítica atual acerca dos “casos limites” e não nos cabe aqui analisá-los dentro do tema proposto. Para uma literatura atual, ver Garcia e Cardoso (2011).

pelo falso *self*, defensivo, protetor ou zelador. Mais do que isso: a regressão à dependência é um processo de cura originado no verdadeiro *self* do analisando.

Posto isso, haveria três tipos de pacientes no trabalho clínico. O primeiro deles refere-se a pessoas totais e cujas dificuldades estão postas em termos de relações interpessoais, cujos sintomas aparecem nas diversas formas manifestas de neurose – nestes casos, tanto o retraimento quanto a regressão à dependência podem se fazer presentes, mas esta não é uma condição necessária para este tipo de paciente. No segundo, a personalidade ainda está sendo consolidada, construída, formada, e a análise caminha em direção aos primeiros acontecimentos de amor e ódio, ao passo que a relação com a dependência começa a se constituir, cujos sintomas aparecem principalmente em tipos depressivos ou melancólicos ou ainda em pacientes com “personalidades narcísicas” – aqui estamos diante do estágio de concernimento, da capacidade de sentir culpa ou da posição depressiva kleiniana (Winnicott, 1948d; 1954a; 1963e). Para este segundo tipo de paciente, é preciso que o analista sobreviva ao que será vivenciado no *setting*, sobretudo porque o paciente vai experienciar o ódio e o ataque sádico à figura do analista e ao enquadramento clínico – muitas vezes agredindo fisicamente o analista, outras por meio de palavras, ou ainda tentando quebrar algum objeto dentro do *setting*, tal como aconteceu com Margaret Little. Em um determinado momento de sua análise, quando Winnicott precisou tirar férias, ele a informou que iria interná-la em um hospital psiquiátrico como uma paciente voluntária e como medida protetiva, para se certificar de que não cometeria suicídio. A paciente não gostou do que ouviu e o ódio emergiu subitamente. Margaret investiu contra Winnicott furiosamente, tentando agredi-lo, e foi contida quando este a agarrou e a segurou pelos pulsos, sem machucá-la. Por fim, o terceiro e último tipo de paciente refere-se aos pacientes que se encontram em estados primitivos do desenvolvimento emocional e cuja personalidade ainda não está consolidada. Neste caso, o trabalho do analista volta-se mais em direção ao manejo e menos para a interpretação do que é verbalizado, não apenas por pacientes *borderlines*, mas principalmente por psicóticos e personalidades esquizoides (Winnicott, 1954-5).

Mais uma vez, é Margaret Little quem nos conta outro episódio que ilustra a asserção acima. Logo no início de sua análise com Winnicott, sentindo-se desesperançada, ela passou a caminhar ao redor da sala, tentando encontrar um

caminho a seguir. Pensou em alguns momentos em se atirar pela janela da sala, mas Winnicott poderia detê-la. Depois pensou em atirar todos os seus livros pela janela, mas não teve coragem de fazer isso. Finalmente, avançou em direção a um vaso de flores brancas [do qual ele muito gostava], quebrando-o e pisando nas flores com bastante raiva. Ao contrário do que ela esperava, Winnicott não a conteve ou fez alguma interpretação. Ele simplesmente saiu da sala deixando-a sozinha até terminar o seu horário. Quando retornou, ele a encontrou limpando a sujeira e, abaixando-se para ajudá-la, falou: “Eu poderia ter esperado que você fizesse isso (limpar ou sujar?), mas mais tarde” (Little, 1992, p. 45).

No dia seguinte, ao retornar para sua sessão, que era diária – cinco vezes por semana –, ela encontrou, no lugar do vaso destruído, um outro com as mesmas flores brancas. A leitura óbvia desse *acting out*, para Winnicott, é simples e não precisa de intervenção ou interpretação do analista: o ódio do paciente regredido o leva a agir exatamente como uma criança na sua relação com o ambiente materno. Retomando o conceito de impulsos instintivos, agressão x agressividade e uso do objeto, Winnicott compreende que o analista deva se colocar ora como analista ambiente, ora como analista objeto. Uma vez que o analista se constitui como um analista ambiente, ele fornecerá o meio para que o paciente possa se desenvolver, trabalhando por meio da regressão à dependência. Neste caso, o analista se constitui como uma “mãe suficientemente boa”, ou melhor, “um analista suficientemente bom”, transformando o *setting* em um ambiente propício para que esta regressão se dê, buscando em si mesmo uma voz interna com a qual possa lidar com o sintoma desse paciente e tentando ajudá-lo em tarefas simples de que necessita no mundo externo. Segundo Thomas Ogden,

O analista precisa estar preparado para destruir e ser destruído pela alteridade da subjetividade do analisando, e para vir a escutar um som que emerge dessa colisão de subjetividades, que é familiar, embora seja indiferente de qualquer coisa escutada antes. Essa escuta deve ocorrer “sem memória ou desejo”, mas ao mesmo tempo o ouvinte tem de estar enraizado na história que o criou (falou) para que possa discernir o som de que estou falando. A destruição do analista pelo analisando e do analisando pelo analista (na condição de sujeitos separados) na colisão de subjetividades não deve ser completa, pois, nesse caso, o par cairia no abismo da psicose ou do autismo. Pelo contrário, o analista deve escutar o (por meio do) ruído da destruição desde a sua borda, mesmo não tendo certeza da localização dessa borda (Ogden, 1996, p. 3).

Quando o analista se coloca como “analista objeto”, ele se constitui

como um objeto para ser devorado, retaliado e destruído pelo paciente, alvo de seus ataques sádicos, porém, sem ser realmente destruído – seja por palavras, seja por gestos. Bater a porta, faltar às sessões, esquecer pagamento, insultar o analista ou até mesmo agredi-lo ou agredir o ambiente do consultório são formas de demonstrar o ódio pelo analista e pelo objeto que ele representa dentro do mundo interno do paciente. Sem retaliar, o analista deve sobreviver a esses ataques sádicos, a ele e ao ambiente em que trabalha, para que, assim, o paciente possa promover uma reparação do ódio destinado à sua figura. Sobreviver aos ataques cruéis e sádicos significa possibilitar que o paciente repare todo o dano causado à relação, do mesmo modo que o bebê promove reparação quando descobre que o objeto que foi alvo do seu ataque (o seio materno) é o mesmo objeto que ele ama e que dele cuida. “Existem muitos pacientes que precisam que possamos lhes dar uma capacidade de nos usar. Esta, para eles, é a tarefa analítica. No atendimento das necessidades desses pacientes, precisaremos saber o que estou dizendo aqui a respeito de nossa sobrevivência à destrutividade deles” (Winnicott, 1968d, p. 177). Em outro momento, Winnicott chega a afirmar que, no curso de uma análise, o paciente pode não só “usar” como “consumir” (*wasting*) o seu analista: “Com certos pacientes, chega um momento ou um lugar da análise em que se pode dizer que, embora o paciente em certo sentido, não tenha até então usado o analista, agora e a partir de agora ele o está usando” (Winnicott, 1968i, p. 182).

Mas quais seriam então as características da regressão? Seguindo o pensamento de Winnicott, elas seriam quatro: um fracasso de adaptação por parte do meio ambiente, resultando em um falso *self*; uma crença na possibilidade de correção do fracasso original, representada pela capacidade de uma regressão e implicando numa organização do ego; uma provisão ambiental especializada e posterior regressão; e, por fim, um novo desenvolvimento emocional regressivo⁶⁰.

⁶⁰ De acordo com Winnicott (1990a, p. 129), quando há algum fracasso na adaptação ou uma adaptação caótica, o bebê pode desenvolver dois tipos de relacionamentos: “Um tipo consiste num relacionamento secreto e silencioso com um mundo interno essencialmente pessoal e íntimo de fenômenos subjetivos, e é exclusivamente este relacionamento que parece real. O outro é exercido a partir de um *self* falso e se estabelece para com um ambiente obscuramente percebido como exterior ou implantado. O primeiro tipo de relacionamento contém a espontaneidade e a riqueza, e o segundo é um relacionamento submisso, mantido com a intenção de ganhar tempo até o momento em que o primeiro talvez consiga, um dia, tomar posse. É surpreendentemente fácil, do ponto de vista clínico, deixar de perceber a irre realidade da metade submissa da técnica que uma criança esquizofrênica utiliza para viver. O problema é que os impulsos, a espontaneidade e os sentimentos que parecem reais encontram-se confinados no interior de um relacionamento que (em

Para o autor, uma regressão na psicanálise quer dizer a existência de uma organização do ego e uma ameaça de caos, necessitando, portanto de uma investigação da organização das memórias de um indivíduo, suas ideias e potencialidades, observando a existência de condições para o desenvolvimento emocional que se tornou impossível pelo fracasso ambiental materno.

Quando o autor trata de fracasso ambiental, o que na verdade quer enfatizar são as defesas pessoais organizadas pelo indivíduo necessitando, portanto, de um processo analítico para restituir o verdadeiro *self* do indivíduo, encoberto pelo falso *self* zelador ou protetor (Winnicott, 1960c; 1964b; 1970d). Reviver esse período da infância é uma característica da regressão. Nesse sentido, espera-se que a regressão leve o paciente à fase de dependência para que sejam restituídas as condições ambientais favoráveis para o desenvolvimento de um *self* saudável.

Parece-me que apenas recentemente na literatura a regressão à dependência passou a ocupar seu lugar legítimo nas descrições clínicas. Isto deve ter acontecido porque apenas recentemente nos sentimos fortes o suficiente na nossa compreensão do psique-soma e do desenvolvimento mental individual, para podermos nos permitir examinar e levar em conta o papel desempenhado pelo meio ambiente (Winnicott 1954-5, p. 467).

Uma vez que o paciente encontra-se em estado regredido por um determinado período de tempo, a tarefa do analista é tentar reviver no *setting* as falhas ambientais, reparando-as. De que modo? Sustentando todo o *setting* como o ambiente no qual foram vividas as falhas ambientais. Logo, tanto o divã como o analista constituem o ambiente em que aquelas falhas foram vividas; as almofadas podem ser compreendidas como seios maternos ou ainda como o analista que se coloca no lugar de mãe-suficientemente-boá, tal como Margaret Little descreve sua experiência de análise: “para mim as mãos dele eram o cordão umbilical, seu divã a placenta e o cobertor as membranas, tudo muito embaixo de qualquer nível *consciente* até o estágio muito posterior” [itálicos da autora] (Little, 1992, p. 96). Gostaríamos de ressaltar que é nesse momento que entra em cena o silêncio no *setting* analítico durante a regressão.

O silêncio faz surgir a quietude de que o paciente necessita para reviver esse período de sua vida em que viveu as falhas ambientais, para permitir o crescimento do seu verdadeiro *self*. O paciente regredido necessita da quietude

seu grau extremo) permanece incomunicável, está ali à vista de todos e é fácil de ser administrado”.

vivida muitas vezes em silêncio, sustentada pela escuta profunda do analista que está lá, presente, vivo, totalmente disponível a reviver com ele esse momento da sua vida. Precisa-se também da compreensão do ritmo do paciente, assim como uma mãe precisa compreender e adaptar-se ao ritmo do seu bebê, para que seja possível uma experiência de mutualidade naquele par ali constituído.

Aqui temos a tríade da relação mãe-bebê: *ritmo* (uma canção sem palavras), *tempo* (uma medida sem variável) e *espaço* (transicional e potencial) que devem ser vividos e elaborados pelo analista e pelo analisando durante o seu processo de análise. Estas situações são fundamentais para a experiência de “ser” do analisando, principalmente porque nesta situação, o *self* se temporaliza, fazendo do tempo “carne de si” a partir do espaço proporcionado pelo analista (Safra, 2005). Por exemplo, ao se remeter ao seu processo analítico, Margaret Little se recorda de uma experiência que se constituiu como fundamental na descoberta do seu *self*. Trata-se de uma “experiência de mutualidade” vivida por ela e Winnicott, na qual paciente e analista, certa vez, puderam experimentar a companhia um do outro, sem que nenhuma palavra fosse verbalizada, ficando absolutamente imóveis, apenas respirando, em completo silêncio nos primeiros momentos de sua análise (Little, 1992).

De acordo com Safra (2005, p. 145), às vezes, “é no silêncio ou na desesperança que o indivíduo pode ser encontrado. É a desesperança que vai poder dar origem ao gesto, que abrirá a constituição do *self* no mundo e o caminho para que o analisando encontre seu estilo de ser”. Não podemos pensar no *self* como uma representação que o indivíduo tem de si mesmo, mas, ao contrário, como o modo pelo qual ele se organiza no tempo, no espaço, no gesto, a partir da sua corporeidade. Conforme afirma Safra (2005, p. 144-145), “o *self* se dá no corpo, o *self* é corpo, (...) ele é lugar de encontros”. Encontros entre o paciente e seu analista, encontros entre o analista e seu paciente.

Com efeito, este tipo de paciente precisa **ser descoberto** pelo analista que por sua vez deve ser **ativo, intuitivo, silencioso, atuante**, se colocando no lugar dessa mãe-ambiente (*la mère*) e constituindo-se como um continente (*la mer*) de que o paciente precisa. Margaret Little, conseqüentemente, precisava ser descoberta, reunida em pedaços, considerada como uma pessoa e fortalecida em seu ego para que ela se tornasse equipada para viver o seu verdadeiro *self*. Em suas próprias palavras: “Tive a sorte de descobrir, ou de ser descoberta (o que no

nível ilusório é a mesma coisa) por um psicanalista que durante vinte anos havia tratado de pacientes psicóticos” (Little, 1992, p. 93).

Como Winnicott conseguiu se colocar no lugar desse analista suficientemente bom e continente para sua paciente, e como ele conseguia lidar com pacientes regredidos nesse estágio em que Margaret se encontrava é um segredo mantido até hoje. O que sabemos é que ele escolhia um paciente por vez para fazer um trabalho desse nível, posto que essa aliança terapêutica entre paciente e analista requer muito de ambos, mas principalmente do analista.

É preciso que se diga que a existência de sujeitos psicóticos, para Winnicott, deve-se então somente a fracassos ambientais em um nível muito primitivo do desenvolvimento emocional do indivíduo, levando ao desenvolvimento de um falso *self*, uma sensação de futilidade e de irreabilidade do mundo que o cerca. Ora, a psicose, para o autor, é fundamentalmente uma doença por carência ambiental, ele frisou mais de uma vez. Daí, portanto, que o *setting* analítico tente restituir essa falha ambiental através de uma “maternagem”, um ambiente ou um continente para o paciente, convidando-o à regressão pela confiança inspirada no par analista-analisando (Winnicott, 1954-5), e auxiliando-o a estabelecer o seu próprio ritmo no processo analítico (Winnicott, 1948d).

A regressão de um paciente nesse estado é um retorno organizado à dependência inicial ou dupla dependência, na qual tanto paciente quanto o *setting* se fundem em um processo de narcisismo primário vivido na dualidade mãe-bebê. A partir disso, pode-se vivenciar um novo processo, uma nova chance para que o *self* verdadeiro do indivíduo possa se constituir e enfrentar os possíveis fracassos ambientais que poderão surgir, mas, desta vez, sem a organização de defesas que encubram o verdadeiro *self*.

Dito de outro modo, o que se nota é que a doença que surgiu a partir dessa organização pode ser aliviada a partir de uma provisão ambiental especializada e entrelaçada à regressão do paciente. Winnicott chega até mesmo a falar de um “descongelamento da situação de fracasso ambiental” para que o verdadeiro *self* possa daí surgir rumo à independência. Porém, o autor alerta: nem todos os psicóticos são clinicamente regredidos. Há alguns mais e outros menos regredidos; isso não significa que todos os pacientes clinicamente regredidos sejam os mais doentes. Uma vez preservado um núcleo mínimo egoico, é possível que a análise possa funcionar com esse tipo de paciente.

Um paciente se enrosca no divã, descansa a cabeça na mão, parecendo estar aquecido e contente. O cobertor está exatamente sobre sua cabeça. O paciente está só. Naturalmente, estamos acostumados a todas as variedades de retraimento raivoso, mas o analista deve ser capaz de reconhecer este retraimento regressivo no qual ele não está sendo insultado, mas sim utilizado de uma forma muito primitiva e positiva (Winnicott, 1954-5, p. 473).

A regressão à dependência é parte integrante da análise dos primórdios da infância, logo, é preciso que se considere não só o *setting*, mas o analista e as disposições do analisando para que não haja complicação. Durante a regressão, o que importa menos são a interpretação e a fala do analista; até mesmo um movimento ou gesticular em demasia poderão arruinar o tratamento e serem percebidos como dolorosos para o paciente.

Na análise, a regressão à dependência é uma característica principal da transferência e da contratransferência. Conforme já havia afirmado Winnicott, o trabalho a ser desenvolvido é menos de interpretação e mais de manejo, é menos de técnica e mais de relacionamento, destacando dois aspectos desse manejo: 1) a descoberta positiva de tipos iniciais de experiência pelas quais o indivíduo passou durante seu processo analítico e no seu relacionamento com a mãe, os quais podem ser descobertos através da transferência, e 2) o uso que o paciente faz das falhas do analista, visto que, assim como toda mãe, o analista também pode e deve falhar, promovendo muitas vezes os sentimentos oriundos da raiva, culpa, angústia e mágoa vividos no passado e trazidos para o presente por meio de recordações e lembranças. Essas falhas do analista podem ser vividas no *setting* como um fracasso na sustentação da relação mãe-bebê, ou dito de outro modo, nestes casos a mente do analista deixou o paciente cair (Winnicott, 1969a).

Com efeito, o analista erra. Aliás, como qualquer mãe-suficientemente-bona, este deve errar e pode assumir o seu erro diante do analisando, mas esses erros nunca são conscientes. Algumas vezes, o erro reside dentro do próprio analista e não se constitui como uma reação a algo que o paciente fez ou disse (Winnicott, 1964a). O importante é que entre analista e analisando se desenvolva uma confiabilidade na qual o trabalho clínico possibilite o melhor desenvolvimento das capacidades emocionais do indivíduo. A confiabilidade é fundamental no processo analítico, da mesma forma como a experiência de mutualidade, a função do espelhamento e a empatia vividas na relação mãe-bebê são partes constituintes dessa relação. A dinâmica do que é

vivido pela dupla materno-infantil é vivida analogamente pela dupla analista-analisando quando estes experienciam uma comunicação silenciosa no processo analítico. No entanto, Winnicott não foi o único autor da escola inglesa a dar ênfase à comunicação silenciosa entre a mãe e o bebê ou entre o analista e seu analisando.

A partir de sua experiência com pacientes silenciosos, Balint (1968) reforçou que o silêncio cada vez mais tem sido reconhecido por ter muitos significados que não aqueles pontuados por Freud e alguns de seus discípulos. Pelo contrário, ele pode ter muitos significados e cada um deles exige um manejo diferente por parte do analista.

De acordo com autor, o silêncio pode se constituir como “um vazio árido e assustador, inimigo da vida e do crescimento, no qual o paciente deve ser retirado dele o mais cedo possível” (Balint, 1968, p. 161-162). Em outro momento, Balint afirma que o silêncio pode implicar uma excitante e amigável expansão, convidando o paciente a empreender jornadas e aventuras em terras desconhecidas de sua vida de fantasia, na qual qualquer interpretação transferencial estará completamente deslocada. Por fim, o silêncio ainda pode significar uma tentativa de reestabelecer o amor primário que existe em cada indivíduo a partir de uma relação objetal.

No *setting* analítico, quando o silêncio é interrompido, ele pode ser experienciado como invasão, intrusão ou até mesmo interpretações deslocadas do mundo interior do indivíduo, sobretudo quando os pacientes estão na fase da regressão à dependência. Neste caso, eles encontram-se retraídos ou em estados de pura introspecção, quando a análise já caminhou um pouco mais, o que produz uma devastação ou uma desorganização em seus mundos internos. De acordo com Balint, um paciente silencioso pode estar afastado do trabalho analítico e associativo; ao invés de associar, pode encontrar-se em puro momento introspectivo, regredido a algum período de sua vida, recordando alguma experiência que lhe foi importante, escapando da regra fundamental da análise.

Balint também compreende que o paciente silencioso traz um problema para o manejo da técnica. A atitude habitual na análise é considerar o silêncio como sinônimo de resistência do paciente ao processo analítico e de suas dificuldades em trazer à luz o material inconsciente originado no seu passado e na sua história de vida. Com efeito, há indivíduos que vivenciam momentos de

silêncio na análise como uma resistência e como problemas transferenciais. No entanto, podemos supor que algo a mais acontece – o paciente silencioso também pode estar pensando ou recordando seu passado e sua história de vida, pode estar associando, pode estar elaborando ou ainda regredindo a um período de sua vida em que se sinta seguro.

A mudança de abordagem com relação ao silêncio e o manejo da técnica podem levar a considerar o silêncio como algo positivo que pode ser vivenciado no *setting* e menos como sintoma de resistência. O silêncio pode ainda ser considerado como fonte de informação acerca das primeiras experiências vividas pelo analisando em sua relação com o seu primeiro objeto de amor ou ódio. Pode falar até mesmo da criança que vive dentro do paciente cujas experiências não podem ser expressas sob a forma de palavras. Mais do que isso, o silêncio vivido no *setting* analítico pode ser uma boa forma de entender a experiência de pensamento do paciente no decurso do processo analítico, hipótese que foi destacada por Christopher Bollas (1987).

À semelhança de Winnicott, para Bollas, o silêncio pode ser uma ótima oportunidade de viver a regressão à dependência e o analista deve perceber isso no decurso de um processo com seu paciente. Se o analista não percebe, ele poderá impedir um processo regressivo produtivo e induzirá, segundo Bollas, a uma descompensação psicótica, ou levará seu paciente a atuar exigências regressivas em outros lugares que não o *setting*, ou ainda impedirá o processo regressivo.

Quais seriam as condições para uma regressão, segundo Bollas? De acordo com autor, certos aspectos que favorecem a regressão do paciente poderiam ser encontrados no ato de deitar no divã, nas sensações físicas de ser contido por ele (experiências que se dão eminentemente no corpo), no conforto e no prazer de obter a atenção do analista, na experiência da dimensão temporal vivida no *setting*, na sensação de proteção oferecida pelo analista, na contemplação dos objetos no *setting*, dentre outros. No entanto, nem todas essas experiências podem ser vivenciadas no divã. Isto pode ser perfeitamente vivido com o paciente confortavelmente sentado diante do seu analista. O divã não é condição necessária para a regressão à dependência. Em alguns casos, a experiência do divã pode ser vivida como total abandono e solidão patológica por parte do paciente. É preciso, portanto, que tenhamos cautela quanto a qual

paciente, e em que momento da análise (se no início ou no meio do curso analítico), podemos disponibilizar o divã. Muitas vezes, tudo que o paciente precisa é ser visto, olhado, reconhecido e poder usufruir de uma função de espelhamento por seu analista. Ou ainda, muitas vezes o paciente precisa vivenciar a tríplice hélice narcísica com o analista, uma vez que não foi possível vivenciá-la com seu ambiente materno.

A condição mais importante com alguns pacientes em análise é, sem dúvida, a compreensão empática do analista da necessidade do paciente de “ver e ser visto” por ele. Ou seja, o analista pode sustentar um processo de análise, para determinados pacientes, sem o recurso do divã de modo a favorecer a função de espelhamento. Alguns pacientes necessitam “ver e serem vistos” e reviver as experiências primitivas de *self* como um “conhecido não pensado” (Bollas, 1987). Nesse sentido, a possibilidade de oferecer uma função de espelhamento por meio da regressão à dependência aos pacientes é um recurso para comunicar-lhe sobre sua dificuldade de passar por uma experiência primitiva no curso do seu desenvolvimento com o ambiente materno.

De acordo com Abram (2000), a regressão à dependência pode ocorrer no *setting* analítico como forma de reviver o que não foi experimentado como trauma devido à falha ambiental precoce. O *setting* fornece ao paciente um ambiente de *holding* pela primeira vez em sua vida, propiciando a esperança inconsciente de que, em alguma oportunidade, o trauma original emergirá para ser revivido na experiência com o analista. Essa experiência possibilitará ao paciente, enquanto regredido à dependência, de buscar e descobrir o seu verdadeiro *self*, participando do processo de cura. Sendo assim, o estado de isolamento que o paciente experimenta – e, conseqüentemente, a vivência silenciosa desse estado – é um tipo de regressão que não pode se dar sem a presença viva do analista que deve ir ao encontro à necessidade de *holding* do paciente.

Mas para compreender a regressão à dependência em sua estreita relação com uma teoria da comunicação e não comunicação é preciso que possamos estabelecer uma diferença entre os usos que o analisando faz do silêncio.

Primeira afirmação a ser feita: o silêncio na análise, tal como formulado historicamente por Freud, pode ser considerado como uma resistência do paciente. Quanto a isso, estamos todos de acordo. Neste caso, é preciso que o

analista se informe sobre a reserva do seu paciente em falar. Essa resistência pode se constituir como um problema no manejo da transferência? Trata-se de uma resistência do analisando em relação ao analista ou de uma demanda pessoal e intrínseca do próprio paciente? É preciso ter em mente essa forma de silêncio como resistência para que o manejo da técnica seja adequado. Quando isto acontece, geralmente com pacientes neuróticos ou psiconeuróticos, Winnicott é claro: uso da regra de ouro da psicanálise clássica!

Segunda afirmação: o silêncio é condição necessária, mas não suficiente, da regressão à dependência. Aqui, ele é vivido como um meio pelo qual se experiencia o continente analítico e, na observação de Bollas (1987), trata-se daquele silêncio semelhante ao vivido por uma criança dez a vinte minutos antes de cair em sono profundo. De acordo com o autor, essa sensação é vivida quando a criança está prestes a se recolher do mundo e da realidade externa, revivendo às vezes os acontecimentos do dia, quando está na fantasia com algum objeto subjetivo, ou ainda quando está imaginando-se numa fantasia qualquer. Em crianças maiores, esse momento também pode ser vivido através do pensamento em uma música, quando estão brincando, ou ainda pensando sobre o que sua mãe ou seu pai fizeram ao longo do dia, ou, por fim, em alguma cena que viveu durante este dia ou até mesmo o dia anterior.

O silêncio é geralmente uma condição necessária para o ‘processar’ do mundo interno e da realidade externa. Esse tempo precioso antes do sono é uma experiência vital para as crianças e dura da primeira infância até, pelo menos, a adolescência, inclusive. É frequentemente acompanhado por brinquedos, já que algumas crianças dormem com um ursinho na cama, e até um certo ponto, esses ‘objetos transicionais’ fazem parte da natureza da ‘área intermediária da experiência’ a qual, na minha opinião, descreve apropriadamente esse uso do silêncio” (Bollas, 1987, p. 320).

É preciso ainda enfatizar, por um lado, que quando ocorre uma regressão à dependência no decurso de uma análise é porque esse terreno já vinha sendo preparado pelo analista a partir dos laços transferenciais sem envolver angústias psicóticas e porque o paciente vivenciou silêncios que permitiram as experiências regressivas. Neste caso, tanto analista quanto analisando se predispunham a esse encontro fundante do sujeito, “o analista levando em consideração e apoiando a necessidade do silêncio do analisando e este descobrindo experiências internas por meio desse silêncio”, conforme afirma Bollas (1987, p. 322).

Se levarmos em consideração a comunicação entre paciente e analista, é preciso que compreendamos que essa comunicação não necessariamente deve se dar verbalmente. Como tão bem salientaram Winnicott e Margaret Little no seu tratamento, muitas vezes o trabalho a ser feito deve ser em completo e absoluto silêncio. Em determinado momento, Margaret afirma que a comunicação com Winnicott só se tornou possível por meio de longos silêncios. “Nos momentos de silêncio, D. W. tornava-se sonolento e ‘despertava sobressaltado’. Eu reagia demonstrando raiva, como com tanta frequência havia me enfurecido intimamente contra a minha mãe” (Little, 1992, p. 97).

Como vimos, muito do que é vivido pelo analista com seus pacientes não pode ser descrito sob a forma de palavras. Para aqueles que sofrem com as ansiedades vivenciadas em um período bastante primitivo do desenvolvimento, o som das palavras verbalizadas pode ter alguma importância. No entanto, o mesmo não ocorre com o seu sentido, de modo que a interpretação verbal tem pouca valia e o analista precisa encontrar outro meio de lidar com a ansiedade de seu paciente.

Temos de distinguir claramente entre aquilo que o paciente consegue do tratamento e aquilo que nós conseguimos dele. Para o paciente o tratamento não é a vida. Se o tratamento é bem-sucedido, permite que o paciente inicie, talvez numa data posterior, ou faça um melhor início, ou inicie com um equipamento melhor. Para nós, o trabalho precisa ser interessante em si mesmo, isto é, precisamos ter um interesse por nosso trabalho que não dependa de conseguirmos resultados (Winnicott, 1961a, p. 203).

Malgrado o paciente possa estar em sofrimento, não é a verbalização desse sofrimento que mais importa na clínica winnicottiana, e, sim, o que é vivido pela dupla em termos de acolhimento às demandas do paciente. Se o retraimento e a regressão levam o paciente a um silêncio bastante primitivo, este silêncio pode ser usado a favor do paciente, sem considerá-lo um fator de resistência ao tratamento. Uma vez que o silêncio pode ser positivado como um momento que o paciente pode atravessar, durante sua análise, outros momentos constitutivos do processo analítico que podem ser interpretados à luz das teorias do pediatra e psicanalista inglês.

6.2.

“Ouvir” com os olhos

A comunicação, para Winnicott, sempre foi uma via de mão dupla – do paciente adulto ou da criança para o analista e do analista para o paciente adulto ou criança, na medida em que ela espelha a experiência subjetiva do analisando posta em jogo na cena analítica. Muitos autores defendem que Winnicott trouxe contribuições singulares no atendimento de pacientes adultos e de crianças, pontuados por um manejo da técnica a partir da sua compreensão do desenvolvimento emocional primitivo, do uso do objeto, dos fenômenos transicionais, das fases do desenvolvimento e da sua concepção sobre os distúrbios psíquicos (Abram, 2012; Bonaminio, 2011, 2012; Eigen, 2012; Blass, 2012; Ogden, 2013b; Dias, 1998).

Por exemplo, ao analisar o paciente deprimido e a expressão do ódio do paciente pelo analista durante o processo, Winnicott faz uma nova leitura do enquadre clínico e conseqüentemente busca uma compreensão e um manejo diferenciado da análise clássica. Senão, vejamos:

O paciente deprimido requer de seu analista a compreensão de que o trabalho do analista é, até certo ponto, seu esforço para aguentar sua própria (do analista) depressão, ou deveria eu dizer culpa e dor resultantes dos elementos destrutivos de seu (do analista) próprio amor. Indo mais além, o paciente que pede ajuda, devido à sua relação primitiva e pré-repressiva com os objetos, necessita que seu analista seja capaz de ver o amor e o ódio não deslocados e coincidentes do analista por ele. Em tais casos, o final da sessão, o final da análise, as férias e regulações, todas estas coisas aparecem como importantes expressões de ódio, da mesma forma que as boas interpretações são expressões de amor e símbolos de alimentação e cuidado (Winnicott, 1945a, p. 271).

Atentem para o fato: o paciente deprimido precisa encontrar, na figura do analista, alguém em quem ele possa despejar toda a carga de elementos emocionais, positivos e negativos, mas o analista precisa estar apto para suportar a carga emocional oriunda de si mesmo, proporcionada pelo encontro com o seu paciente. Se ele conseguir se constituir como esse continente suficientemente bom de que o paciente precisa, provavelmente terá condições de elaborar a carga afetiva vivida na relação analítica. Mas o analista também precisa elaborar as suas próprias emoções, ter consciência delas e se predispor a vivê-las na cena analítica. Portanto, a elaboração é em parte do paciente, em parte do analista. O analista,

aqui, se coloca tanto no lugar de mãe-ambiente quanto no lugar de mãe-objeto, para poder proporcionar ao seu paciente a revivência de uma experiência de mutualidade e confiança, quando o amor se transforma em ódio, ou quando o ódio se transforma em amor.

Segundo Ogden (2013b), a revisão do enquadre analítico apontada por Winnicott se dá principalmente pelo reconhecimento e interpretação de expressões não verbalizadas do ódio tanto do analista quanto do paciente, experimentadas tanto a nível inconsciente quanto pré-consciente e acompanhadas por um sentimento de alívio – do ponto de vista do analista, pontuado pelo fim de sessão, fim de processo analítico, marcação de férias, cobrança dos honorários, etc.; e do ponto de vista do analisando, quando este se atrasa, desmarca a sessão e não comunica, atrasa ou se esquece de efetuar o pagamento, quando bate a porta com força, não responde às intervenções do analista, quando o agride verbalmente ou ainda quando provoca o ódio do analista. Ogden quer chamar a atenção para o caráter do medo da destrutividade inerente ao ódio do analista contra seu paciente - o que pode levar a rupturas e destruir o enquadre analítico - encenados por atitudes tais como não interromper o paciente quando o tempo da sessão chega ao fim ou estender os minutos da sessão para que este acabe de falar. Às vezes, como Winnicott mesmo ressaltou, tudo o que o analista pode fazer não é interpretar por meio de palavras, mas simplesmente compreender a cena, e calar-se para que o paciente elabore.

Por outro lado, o analista precisa que a “experiência de ser” do indivíduo emergja a partir do que é vivido no mundo interno do paciente pelo verdadeiro *self*. No entanto, como bem disse Winnicott, às vezes o *self* verdadeiro nunca se comunica com o mundo externo, e então estamos lidando o tempo todo com as interfaces do falso *self*, defensivo, zelador, protetor. Sem a possibilidade de se comunicar com o mundo externo, o paciente na análise pode experimentar momentos de profunda reclusão clínica permeada por momentos de profundo silêncio, ou, então, o silêncio que o paciente apresenta na análise diz respeito a uma forma de comunicação, tal como defendida por Khan (1963).

De acordo com o autor, o silêncio pode assumir uma função comunicativa durante o processo analítico, seja com crianças ou com pacientes adultos, muitas vezes assumindo a forma de uma fusão com o analista. Retomando um estudo de caso de um paciente adolescente, Khan mostra que a

função primária do seu silêncio estava em comunicar, através da transferência e do processo analítico, um relacionamento perturbado com a mãe durante a primeira infância, produzindo um comportamento antissocial. Logo, o silêncio constituiu-se como uma forma de comunicação, na verdade, um pedido de socorro para que os aspectos das invasões do ambiente maternos fossem dissolvidos. Estes aspectos do silêncio só seriam rompidos se o paciente conseguisse, em sua comunicação silenciosa, “recordar, integrar e perlaborar a relação patogênica infantil com a mãe” (Khan, 1963, p. 206).

O caso clínico no qual o autor manejou o silêncio positivamente foi determinante para a sua compreensão do “silêncio como uma comunicação”. Durante o atravessamento do processo analítico, Khan afirma que o paciente permaneceu muitas sessões calado, sem conseguir se expressar e dar voz ao seu sofrimento. Esses momentos de silêncio foram experimentados como forma de paralisar o analista em sua atividade, o que foi assumido por Masud Khan na medida em que ele decidiu viver com seu paciente todas as nuances do comportamento corporal do adolescente e a atmosfera que esse estado proporcionava na sessão. De acordo com ele, era importante que o paciente atravessasse esse “vale da sombra da morte” para que o *self* verdadeiro pudesse emergir levando-o a verbalizar aspectos da sua subjetividade. Notem que, para Khan, mais uma vez, o que importa é a dimensão da corporeidade, do sentir empaticamente com o paciente tudo o que ele vive na sessão. Se, para o analista, a mudez do paciente dizia respeito à capacidade de destruição e de agressividade do adolescente, seu silêncio também podia representar um estado de repouso, de neutralidade, de reserva, e, conseqüentemente, podia ser sentido como algo benigno. As tensões corporais do paciente foram observadas pelo analista, bem como suas expressões faciais, em um fluxo contínuo de sentimentos e atitudes. Ele esperava que o analista o libertasse desse estado de congelamento, por meio da verbalização, questionando ou perguntando-lhe algo. “Na situação analítica, o silêncio e a não verbalização eram o veículo desse estado de espírito e dessa afetividade” (Khan, 1963, p. 210) experimentada por ambos. Esse conjunto de emoções e afetos, permeados por passividade, inércia e silêncio, mostravam a dubiedade dos sentimentos do paciente em termos de amor e ódio vivenciados na sua relação com a mãe. Khan precisou servir de ego auxiliar para o paciente, para que ele pudesse sair desse estado de congelamento fusional. Empaticamente, o

analista não sentia que estava sendo agredido de forma hostil, perversa ou vingativa; pelo contrário, seu paciente só apresentava sua hostilidade quando ele intervinha inadvertidamente, invadindo o seu silêncio com insistentes interpretações.

Durante esses momentos, a maior tentação que tive de combater em mim mesmo foi a de *agir nele* através de interpretações verbais (...). Se começasse a dar alguma interpretação, como, por exemplo, que ele estava me testando, me provocando ou me atacando com os seus silêncios, seu estado de espírito mudaria. Ele ficaria taciturno, seu tom corporal cairia subitamente e tudo o que teríamos seria um monte de carne prostrado em cima do divã [itálicos do autor] (Khan, 1963, p. 211).

O mais importante para um *self* que se protege, se preserva ou se esconde é não ser invadido pelo ambiente externo. A sensibilidade do analista encontra-se em não promover essa revivência da invasão do ambiente no *self* do sujeito na sua história primitiva. Mais uma vez, baseando sua clínica nas proposições de Winnicott, o que Masud Khan promoveu nas primeiras sessões dessa análise foi “esperar, esperar e esperar”. A compreensão do silêncio do paciente, malgrado pudesse ser entendido com resistência, era assinalada como algo positivo e ativo, encenava a forma pela qual o adolescente não gostaria de ser visto, ou seja, como um sujeito adulto que trazia problemas para a família, mostrando-se na verdade como uma criança que fora muito dependente do ambiente materno que falhou. Neste caso, o paciente encenava e comunicava, sem palavras, o sofrimento psíquico que foi vivido quando ainda era uma criança.

Para um analista atento, esperar significa dar tempo a si mesmo de conhecer seu paciente. Em geral, conhecer, na experiência analítica, resulta em grande parte de um ato de interpretação por parte do analista. No entanto, afirma Khan, a interpretação verbal é uma função muito especializada e limitada. A interpretação é um ato de intervenção, contribuição e avaliação verbal e afetiva, na qual o analista cristaliza duas novas experiências para o paciente: “o reconhecimento do seu *ser* e o *conhecer* o seu *experimental*” (Khan, 1969, p. 249).

Para poder interpretar, o analista primeiramente precisa ouvir o seu paciente. Se o analista espera por essa comunicação verbal, ele pode abrir-se para uma escuta diferenciada, pode ouvir com os olhos e com todo o resto do seu corpo (Khan, 1971). Ou, dito de outro modo, o analista pode se predispor a ver o seu paciente e a sentir com o seu corpo tudo o que emana daquele corpo que se

mantém vivo diante dele. Mais uma vez, aqui se reforça a sensibilidade do analista para se predispor a “ouvir um corpo”, e não apenas ouvir, ouvir e somente ouvir o discurso do inconsciente do paciente.

O paciente que busca tratamento analítico propriamente dito está tentando encontrar um *setting* e uma relação nos quais possa, gradativamente, explorar e descobrir as qualidades internas da sua personalidade e resolver-lhes os conflitos e contradições. Já os que exigem cuidado psicoterápico e intervenção, muitas vezes, não têm noção de que estão doentes, mas necessitam que o cuidado terapêutico lhes auxilie a descobrir algo muito especial em si mesmos, que, se puder ser descoberto, lhes dará condições de levar adiante sua vida com tudo o que isto implica, em termos de conflitos internos e externos, estando estes pacientes de plena posse dos seus recursos psíquicos. (...) Gostaria de dizer claramente que é um erro pensar que o trabalho psicoterápico é, pela sua própria natureza, manipulativo e não profundo [itálicos do autor] (Khan, 1971, p. 287).

Quando ouvimos com os olhos, temos pouco a dizer, mas muito o que apresentar em termos de presença empática, mantendo vivo o processo analítico no encontro com o paciente. Muitos analistas se furtam a olhar para o paciente – basta sua voz, dizem alguns, e é com esse substrato que os analistas clássicos, de vertente freudo-lacanianana, às vezes se dispõem a trabalhar. O analista, na vertente clínica winnicottiana, não trabalha unicamente com a voz do paciente, mas com tudo o que emana daquele corpo vivo, que chora, sorri, sente dor, grita, dorme no divã, se emociona, se recolhe em uma posição fetal, etc. É evidente que a maior parte dos analistas olha para o seu paciente, mas a questão é o que eles fazem com essa informação e de que modo eles se dispõem a usar essa informação no expediente clínico. De acordo com Khan (1971), a reação do analista pode ser abstraída a partir de três categorias diferentes: conhecer (o paciente), experimentar (os sentimentos oriundos do par analítico) e ser (muitas vezes o ambiente do qual o paciente precisa para se constituir como sujeito humano). Esse olhar pode ser tanto afetivo quanto hostil, neutro ou ativo. Na verdade, baseado na teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott, o que Khan procura enfatizar é o “sentir com” tão bem defendido por Ferenczi no trabalho analítico, ou, dito em outras palavras, olhar para o paciente sob esse ponto de vista significa “experimentar o paciente”. Experimentar uma pessoa implica em decisão e respostas imediatas, comprometendo o analista tanto positiva quanto negativamente. “Olhar para um paciente, quando traduzido em linguagem, disfarça e deturpa a experiência” (Khan, 1971 p. 299). Ou então,

conforme ainda afirma o autor:

Ouvir com os olhos diz respeito a conhecer o outro através da experiência visual que temos dele ou dela. Não creio que esse tipo de trabalho clínico seja possível fora de uma simpatia positiva e explícita pela pessoa do paciente e uma grande consideração pela sua presença corporal. Nestas circunstâncias, se não olhamos para um paciente e o, ou a, reconhecemos, falhamos no nosso empreendimento (Khan, 1971, p. 304).

Se a possibilidade de “ouvir com olhos” é uma condição necessária, mas não suficiente, para a compreensão do inconsciente do nosso paciente em análise, saber ouvir “o que é”, mas principalmente “o que não é” dito pelo paciente constitui-se em um dos maiores imperativos no empreendimento analítico.

6.3.

Silêncio e segredo: o desenvolvimento da capacidade de pensar

De acordo com Masud Khan (1974), o silêncio na análise pode ser compreendido a partir de dois lugares, nitidamente distintos: um lugar no qual o segredo habita, e um lugar onde se dá a comunicação entre o paciente e seu analista, permeado pelo silêncio. No tocante ao primeiro, o segredo vivido pelo paciente é o lugar reservado para que as histórias, lembranças, sonhos, recordações e elaborações psíquicas possam ser vividos tanto internamente como externamente como um espaço potencial, ou seja, um lugar no qual o paciente vivencia no seu processo analítico (Khan, 1989). Desse modo, “o dentro e o fora”, “o interno e o externo”, “o objetivo e o subjetivo” se constituem como espaços mutuamente inter-relacionados. Esses espaços não são exclusivos do paciente, mas partilhados pelo analista e pelo analisando numa experiência mútua. A situação analítica, de modo geral, atende às demandas dos pacientes de acordo com o processo analítico, com a relação analítica – baseada fundamentalmente na transferência, e no enquadre analítico⁶¹. Clinicamente, quando somos capazes de possibilitar o sentimento de confiabilidade com estes pacientes, eles podem compartilhar seus segredos conosco (Khan, 1974, p. 54).

Para que isso ocorra, duas funções precisam ser adicionadas ao papel desempenhado pelo analista na relação transferencial: o de “*holding*”, conforme

⁶¹ Segundo Khan, o processo analítico atualiza, pela interpretação, o significado oculto, discutido por Freud, a significação ausente, defendida por André Green, e a significação potencial das comunicações do paciente, defendida pelo próprio Khan (1974, 1989).

exposto por Winnicott e o de "continente ↔ contido", conforme defendido por Bion (1967). O conceito de *holding* (sustentação), em Winnicott, implica que o analista pode funcionar como um pano de fundo no qual o paciente pode se sentir cuidado, não só pelo corpo do analista que se faz presente, mas pelo próprio ambiente analítico. O terapeuta, à semelhança do ambiente materno para o bebê, sustenta o paciente por meio do enquadre clínico, de sua escuta profunda, de intervenções e interpretações, assim como de sua presença viva, muitas vezes se predispondo a ser o primeiro ambiente em que o sujeito pode vivenciar experiências primitivas de *self*. O conceito de *holding* winnicottiano pode ser complementado pelo conceito de "continente ↔ contido" de Bion.

Para Ogden, o sentido do conceito de "continente ↔ contido" diz respeito não só àquilo que pensamos, mas à forma como pensamos, como processamos a experiência vivida e ao que ocorre psiquicamente quando somos incapazes de fazer um trabalho psicológico com aquela experiência durante uma análise (Ogden, 2010, p. 127-128). Um continente é aquele no qual a mãe absorve e tolera os estados emocionais de seu bebê, os transforma e os "interpreta", do mesmo modo como o analista o faz no trabalho clínico. Assim, o continente não é uma "coisa", mas um processo, uma capacidade que permite o trabalho psicológico operando com a capacidade de pensamento para o indivíduo, se constituindo em um "sonhar inconsciente", um "devaneio pré-consciente" e uma "reflexão consciente". Essa forma de manejo da técnica analítica se constitui como uma intersubjetividade irreduzível vivida pela dupla. O paciente, nesse sentido, é capacitado a conversar por meio da mãe/analista com seu próprio outro *self* (*m/other*), inconsciente e infinito (Grotstein, 2010). O analista, assim, pode assumir a forma de um *continente* no qual o paciente pode depositar todos os *conteúdos* vividos no campo afetivo e emocional, ao mesmo tempo em que é depositário de todo o amor e todo o ódio advindos do paciente. A esta capacidade de se constituir ao mesmo tempo como um continente e um conteúdo para o paciente, Bion (1962) denominou de "função de *rêverie*", ao passo que Winnicott denominou de "mãe-objeto". Segundo Bion, o amor da mãe é expresso por meio da *rêverie* materna, que transforma os ingredientes incontroláveis da experiência bruta em material que pode ser pensado, repensado e se constituir como objeto de reflexão. A *rêverie* materna, diz o autor, é um estado de espírito receptivo a qualquer objeto mental oriundo da criança. Por outro lado, a *rêverie*, em seu

sentido clínico, é o modo de se abrir a todos os níveis da consciência do analista, tanto no nível físico quanto mental e emocional, de tal modo que ele se torna disponível e receptivo às experiências dos pacientes ou de si mesmo. A *rêverie* é, a um só tempo, um estado que a mãe ou o analista devem alcançar, e uma atividade que deve ser exercida junto ao bebê ou ao paciente.

Para Grotstein, Bion (1962) ainda adicionou três funções à função "continente ↔ contido", quais sejam, a "*rêverie* materna" – uma capacidade de sustentar toda ação dirigida pelo bebê à mãe em termos emocionais e afetivos; a função alfa – uma capacidade de lidar de modo criativo e pessoal com os dados da experiência emocional oriunda do bebê; o sonhar – espaço onde podem ser projetados os conteúdos imaginários do infante; e o fantasiar – lugar privilegiado da criatividade. As três últimas constituem o conjunto de transformações facilitado pelo estado de "*rêverie* materna". Em termos clínicos, a "*rêverie* do analista" é o espaço no qual se dá a sustentação das emoções e dos afetos do paciente; a forma com que ele lida com suas experiências emocionais; o "ensinamento" durante a sessão e o desenvolvimento do espaço potencial, lugar da criatividade. Tal como afirma Ogden, a "*rêverie* do analista" permite ainda a emergência de pensamentos, sentimentos e imagens em relação ao paciente advindos do seu interior:

A conversação inconsciente que durante o sono nós experimentamos como um ato de sonhar, no *setting* analítico nós experimentamos como sendo uma *rêverie*. As *rêveries* do analista são sonhos acordados. A *rêverie* pode ter praticamente qualquer forma, mas geralmente, em minha experiência, apresenta-se obliquamente à consciência na mais discreta e cotidiana das formas: como "ruminações", devaneios, fantasias sexuais, trechos de filmes, frases musicais ou trechos de poesia "audíveis", sensações corporais, e assim por diante [itálicos do autor] (Ogden, 2001, p. 5)⁶².

Assim, Bion inclui o silêncio no processo analítico a partir de sua representação na figura do analista. Este deve renunciar à memória, ao desejo e à compreensão de tudo o que ocorre na sessão. Para ele, há uma necessidade de que o analista abstenha-se de qualquer representação mental obtida por um disciplinamento permanente e ativo durante o processo analítico, de modo a apontar o silêncio com uma figura do vazio. Mas o silêncio não é interpretado à luz do ponto de vista fenomênico. Pelo contrário, para Bion, o silêncio constitui a "identidade do analista", na qual ele experimenta um estado de vacuidade interna

⁶² Para uma análise das outras formas de *rêverie* no trabalho clínico, ver ainda Ogden (1999).

– estados de silêncio – que funciona como um “continente” do funcionamento mental do paciente. O silêncio, como figura do vazio, é condição indispensável para a capacidade intuitiva do analista – em substituição e em oposição ao “suposto saber analítico”. Trata-se de um instrumento que, no pensamento do autor, permite atribuir uma significação aos elementos primitivos que surgem no campo mental do paciente e capturados pelo registro dos sentidos inconscientes do analista no *setting* (Pellegrino, 1991).

O *setting* analítico, por sua vez, viabiliza uma conversa assimétrica entre o paciente e o analista. Mas essa conversa se dá na fronteira do sonho (*conversations at the frontier of dreaming*), e é ao mesmo tempo uma conversa consciente e inconsciente, ou seja, um encontro entre dois inconscientes que se passa no interior da experiência psíquica de cada um dos participantes dessa comunicação. A fronteira, assim definida por Ogden (2001), é o lugar no qual ocorrem o sonhar e a *rêverie*, onde podem ser vividos o brincar, o jogar e a criatividade do paciente. O analista não brinca apenas com os pacientes de menor idade, mas também com pacientes adultos, por meio das palavras, expressões, histórias, ora se utilizando criativamente de literatura, poesia, trechos de filmes ou livros, ora da sua própria criatividade exteriorizada.

O paciente, por sua vez, tem duas maneiras distintas de usar o espaço analítico: como espaço concreto de uma área onde ele e o analista estão, e como um espaço potencial onde eles podem manter os estados de alma das experiências psíquicas que suas capacidades do eu não podem mais atualizar. É daí que Winnicott emprega o termo “espaço potencial”, tal como ele o compreende no “jogo dos rabiscos” e no brincar (Winnicott, 1964-1968; 1984; 1965g; 1969e). Este “espaço potencial” vivido no papel é um espaço compartilhado onde Winnicott e a criança, juntos, podem avançar e compartilhar a cada momento significativo do processo analítico. Este espaço potencial também é vivido cada vez que o analista empresta parte do seu *self* e do seu ego para o paciente depositar o que foi vivido em termos de mundo interno⁶³.

⁶³ Devemos lembrar que o jogo dos rabiscos assim como o jogo da espátula são, em si mesmos, um tipo de comunicação silenciosa que se desenvolve durante o processo analítico. Esta comunicação refere-se às tendências emocionais específicas que remontam ao passado da criança e estruturam a sua personalidade (Winnicott, 1964-1968). No atendimento com crianças, por exemplo, às vezes não há a necessidade de comentários interpretativos, estes podem ser mantidos em um mínimo ou serem excluídos. Aquilo que é comunicado se dá a partir do próprio jogo ou das brincadeiras entre o terapeuta e a criança. Outra forma de comunicação silenciosa usada por

Todos esses espaços podem aparecer em brincadeiras e jogos, associações livres, sonhos, antes mesmo de serem compartilhados pela dupla analítica. O segredo que faz parte do mundo interno do paciente só será revelado ou compartilhado com o analista quando houver a aceitação tácita da experiência de mutualidade, quando estiver instalado o sentido de confiabilidade vivida pela dupla e quando a empatia e, conseqüentemente, a transferência se instalarem na cena analítica, permitindo ao analisando compartilhar o que foi vivido como um segredo. Assim, o “segredo do paciente” pode ser definido como um “espaço potencial secreto” que deve ser elaborado por ele durante o curso de sua análise, para só assim vir a emergir por meio da verbalização (Khan, 1989). Podemos esperar que a pessoa conte ou não fatos da sua vida antes que ela possa achar aquela mutualidade da confiança e privacidade que é a essência do método psicanalítico.

Muitas vezes, lendo a literatura psicanalítica contemporânea, tenho a impressão de que o diagnóstico e interpretação da psicopatologia em nossos pacientes é uma variante clínica da moralidade. Fingimos não julgar, e ainda nossa linguagem interpretativa é normativa e demanda padrões de saúde psíquica, ao mesmo tempo em que ajuda o paciente a recuperar sua falta de saúde (Khan, 1989, p. 92).

De acordo com Khan (1974), a criação de um segredo parece engendrar um “espaço vazio” na psique do indivíduo que o oculta de maneira racional por meio de eventos de todo tipo, intrapsíquicos e interpessoais. Cabe a nós, clínicos, estabelecer uma distinção entre a experiência autêntica desses indivíduos e seus comportamentos racionais. Eles devem permitir o compartilhamento de suas experiências e não simplesmente traduzi-las em fantasmas ou em gestos sintomáticos. A “pseudologia fantástica”, ou seja, a mentira patológica, pode muitas vezes dar ao indivíduo um espaço potencial similar (Khan, 1974, p. 54-55). Esse espaço potencial pressupõe um lugar onde o paciente possa brincar e jogar com seus fantasmas e experiências do seu mundo interno, antes mesmo que ele possa atender às regras da associação livre. Se o paciente encontra acolhimento no uso desse espaço potencial, ele pode vir a falar de si mesmo e a análise termina por conceder o espaço onde o paciente pode viver o seu *self* verdadeiro (Khan, 1976)

Winnicott se refere ao jogo do cordão. O cordão pode ser visto como uma extensão de todas as outras técnicas de comunicação (Winnicott, 1959c; 1960a)

Essa afirmação também é compartilhada por Bollas (1976), ao se referir à linguagem do segredo entre a mãe e bebê. Para ele, a mãe descobre o discurso secreto do infante para iniciá-lo em uma nova ordem simbólica (momento da desilusão). A cultura mãe-bebê é, em essência, um efeito pré-histórico, sentimento de um tempo ou de um lugar ausentes no mundo. A iniciação do bebê na sua história pessoal, familiar e social é facilitada quando a mãe, em um certo sentido, trai o segredo entre eles, iniciando-o em uma nova ordem simbólica, não aquela da fusão materno-infantil, mas no processo de desilusão/frustração, no qual o bebê passa a estabelecer relações com objetos da realidade compartilhada. A partir desse estado, a mãe e a criança dividem as lembranças de seu segredo cujo conteúdo desaparece com o tempo, encontrando um novo lugar no inconsciente do indivíduo, inscrito no idioma enigmático de um caráter pessoal e só acessível por meio da análise. O processo de análise, para Bollas, oferece aos pacientes um espaço onde eles podem compartilhar a cultura do segredo vivido na relação mãe-bebê com a pessoa do analista. De que modo? Por exemplo, quando afirmamos para o paciente que o espaço analítico é um espaço confidencial, no qual a relação transferencial é um segredo compartilhado entre os dois. No interior do espaço analítico, a transferência e a contratransferência advêm de um discurso que permite partilhar agora aquele segredo vivido entre a mãe e o bebê na relação do analisando com o analista.

Ora, quando em 1963 Winnicott publica *“Comunicação e não comunicação levando ao estudo de certos opostos”*, ele estava interessado em entender o paradoxo na comunicabilidade humana, o lugar do silêncio nessa comunicação, bem como o que faz com que o indivíduo tenha o direito de não se comunicar durante as sessões de análise, independente do período em que esse silêncio se faça presente. Sabemos que, durante um processo analítico, os pacientes atravessam fases que vão da “lua de mel” à “lua de fel” no início da análise, ou seja, da verborragia e do tudo dizer, à introspecção, ao retraimento e às dificuldades de expor em palavras o seu sofrimento psíquico.

Por meio de uma “economia das palavras”, o indivíduo se recolhe em seu mundo interno, fechando-se, protegendo-se e tornando-se incapaz de fornecer ao seu analista informações importantes para o bom desenvolvimento de seu processo clínico. Até que a transferência esteja instalada na relação analítica, e que a empatia e a confiabilidade sejam coadjuvantes deste processo, haverá

sempre a possibilidade de sucumbir ao “recordar, repetir e repetir”, até que se possa chegar ao “recordar, repetir e elaborar”, sobretudo com pacientes neuróticos. Até lá, a comunicação de determinados aspectos essenciais da vida do paciente estará ausente da cena analítica, ora sustentada por um momento de hesitação, ora por um momento de resistência, ou ainda porque o que precisa ser posto em palavras pelo paciente permanece como um segredo inconfessável para ele mesmo. Ou seja, o paciente ainda não está preparado para ouvir de si mesmo o que tem para compartilhar com seu analista.

Quando o paciente assume uma atitude de reserva, antes de o analista passar a interpretar esse fenômeno como um movimento de resistência, ele pode estar tentando conquistar um direito: o direito de pensar, fantasiar e elaborar por meio do silêncio. Este silêncio, entre tantos significados, pode levar o paciente a esconder da cena analítica conteúdos indizíveis para serem vividos no palco de sua análise.

É importante para o paciente saber que ele é livre para estar em silêncio, quanto é importante que saiba que é livre para falar. Privilegiar a fala sobre o silêncio, a revelação sobre a privacidade, a comunicação sobre a não comunicação, parece ser tão não analítico quanto privilegiar a transferência positiva sobre a negativa, a gratidão sobre a inveja, o amor sobre o ódio (...) (Ogden, 1999, p. 123).

Quando a confiabilidade e a transferência estão estabelecidas na situação clínica, é comum que alguns pacientes procurem criar um sentido de privacidade por meio de faltas, atrasos, momentos de mutismo, e experimentarem a vivência de uma vida privada. De acordo com Ogden (1999), se o silêncio for usado como forma defensiva, é importante reconhecer a necessidade que o paciente tem de vivenciar a sua privacidade no processo de análise e seu modo de realizar uma comunicação transferencial por meio do silêncio. Se na situação analítica nós interpretarmos esses fenômenos como resistência ou puramente atuação (*acting out*) do paciente, estamos repetindo, na sua história, a falha ambiental que provavelmente veio a sofrer no curso do seu desenvolvimento, demonstrada pela onipresença avassaladora do analista que proíbe o direito de alcançar um espaço privado. Para Winnicott, é importante que o espaço analítico sustente uma tensão dialética entre o comunicar e o não comunicar, e isso pode ser conquistado por meio de mudanças sutis na regra fundamental da psicanálise, conforme definida por Ogden: “Eu vejo nossos encontros como uma oportunidade

para você dizer tudo o que você quer dizer, quando quiser dizer, e para que eu responda da minha maneira. Ao mesmo tempo, deve haver um espaço para a privacidade, para nós dois” (Ogden, 1999, p. 128). Trabalhar com o *self* do paciente, sua organização e sua constituição, não é só uma questão de palavras verbalizadas, mas de um “gesto” por parte do analista que acolha a aquisição da capacidade de pensamento do paciente, de forma privada, e permeada por momentos de silêncio.

A conquista da capacidade de pensar e, conseqüentemente, a impossibilidade de revelar determinados aspectos da sua vida constituídos como um segredo já haviam sido esboçadas em outros trabalhos de Winnicott (1951, 1953, 1968d), no contexto dos objetos e fenômenos transicionais. Quando Winnicott analisou esses fenômenos, ele estava interessado na primeira posse não eu do bebê durante o período que marca a transicionalidade e o uso do objeto. Trata-se da área intermediária que se constitui na experiência subjetiva do bebê “entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação com objeto, entre a atividade criativa primária e a projeção do que já foi introjetado, entre o desconhecimento primário de dívida e o reconhecimento desta” (Winnicott, 1951, p. 390). Os objetos transicionais proporcionam ao bebê uma relação com a mãe como um objeto bom e podem ser projetados em objetos não eu. É importante para o bebê o reconhecimento deste objeto localizando-o fora, dentro, na fronteira, entre o mundo interno e o mundo externo, bem como a capacidade do bebê de criar, imaginar, inventar, originar e produzir um objeto com o qual ele possa se relacionar afetuosamente e se comunicar.

Por outro lado, os fenômenos transicionais dizem respeito à dimensão do viver criativamente, e não dependem nem da realidade interna, nem da realidade externa, mas de um espaço em que ambas as realidades podem habitar, separando o que é vivido no interior e no exterior do bebê, ou seja, o espaço potencial, local onde o *self* pode repousar e onde se localiza a experiência cultural (Abram, 2000). Com isso, podemos ver claramente que a forma com que o bebê se relaciona com o objeto externo se constitui como a matriz para o simbolismo e para a criatividade do bebê. O objeto transicional não tem por objetivo encarnar um objeto real, pelo contrário, ele pode se constituir como um fenômeno no qual se dá a comunicação do bebê.

Por definição, o balbucio de um bebê e o modo como uma criança mais velha entoa um repertório de canções e melodias, enquanto se prepara para dormir, incidem na área intermediária enquanto *fenômenos transicionais*, juntamente com o uso que é dado a objetos que não fazem parte do corpo do bebê, embora ainda não sejam plenamente reconhecidos como pertencentes à realidade externa [itálicos nossos] (Winnicott, 1951, p. 390).

Assim, quando o bebê vai dormir, ele pode empregar uma palavra, uma melodia ou até mesmo um maneirismo corporal que adquire uma importância vital durante esse momento, que se constitui como uma defesa organizada contra a ansiedade do tipo depressiva. Quando o processo maturacional do bebê encontra-se um pouco mais adiantado, ele pode empregar movimentos acompanhados de sons, balbucios, ruídos produzidos pelo seu corpo ou até mesmo as primeiras notas musicais. Esses fenômenos demarcam uma atividade no mundo interno do bebê possibilitados pela ação do pensamento, que, segundo Winnicott, demarca a constituição do seu psiquismo. Assim, afirma o autor, podemos supor que pensar, imaginar, devanear ou fantasiar se vinculem às experiências funcionais do bebê as quais se denominam fenômenos transicionais (Winnicott, 1951).

Esses fenômenos, muitas vezes, podem se dar em absoluto silêncio, na quietude vivida pelo bebê a partir da internalização de um objeto bom. Muitas vezes, podemos encontrar bebês que estão brincando sozinhos, olhando para um boneco, se relacionando com um pedaço de pano, sorrindo para um móbile, imaginando, fantasiando, criando imaginativamente o mundo, uma vez que pequenas doses deste mundo já lhe foram ofertadas pelo ambiente materno. Esse processo se dá primordialmente em silêncio e constitui-se na capacidade para poder pensar, tanto no bebê como no indivíduo adulto. O desenvolvimento da capacidade de pensar igualmente pertencente às experiências que fazem parte do mundo interno do bebê, uma vez que a mãe constitui, por meio do *holding*, a sua matriz psicológica.

A matriz psicológica da criança (o ambiente de *holding* materno) está em constante mudança e é altamente sensível a alteração por nova experiência. O ambiente de *holding* (matriz psicológica) muda não apenas em relação à evolução das necessidades emocionais do bebê (por exemplo, a necessidade de ser cuidado, de ser acalmado, de se divertir e de se exhibir), mas também em relação à mudança de necessidades maturacionais e desenvolvimentais (por exemplo, maturação motora e capacidades cognitivas) (Ogden, 2013b, p. 54-55).

Essa matriz psicológica, que, em sua essência, origina o psiquismo do bebê, se dá a partir do provimento de um ambiente do qual o bebê necessita. Uma

vez que a mãe se coloque nesse lugar de continente, ele consegue internalizá-la como um objeto bom, guardá-la dentro do seu mundo interno, para daí experimentar momentos de solidão/solitude, desenvolvendo a capacidade para estar só. Ao mesmo tempo, no período que marca a transicionalidade, ele poderá fazer uso de objetos não eu e, durante o uso de certos fenômenos (transicionais), tranquilizar-se e acalmar-se quando se recolher em sua solidão essencial. De acordo com Ogden (2013b), o período no qual os fenômenos transicionais emergem pode ser compreendido como uma fase da internalização pelo bebê da matriz psicológica.

A matriz psicológica é maternalmente fornecida nesse estado de erosão contínua desde o início, mas só depois de vários meses que a criança começa a consolidar sua capacidade de gerar e sustentar sua própria matriz psicológica. Neste período dos fenômenos transicionais, o papel da mãe é o de uma gradual desilusão, ou seja, um gradual desmame do bebê através da provisão materna do ambiente que serviu como matriz psicológica do bebê. No curso desse processo de desmame, o bebê desenvolve a capacidade de estar só (Ogden, 2013b, p. 55)

Assim, a matriz psicológica do bebê se constitui a partir de uma série de momentos experimentados por ele na relação com a mãe: vivências de acolhimento pela mãe ambiente, internalização da mãe como objeto bom, criação do mundo interno, experiências de ilusão, desilusão, frustração, elaboração e fantasias dentro do espaço potencial, recolhimento em sua solidão essencial e o desenvolvimento da capacidade de estar só. Nesse continente, o bebê pode se experimentar como um ser isolado, criar imaginativamente o mundo e entrar no campo simbólico. Esta foi a matriz originária a partir da qual Winnicott concebeu a comunicabilidade humana, ou seja, uma matriz de um inconsciente não verbal. Mas ele não está só nessa discussão.

Ryle (1967, 1979), ao tratar das noções de mente e interioridade, vai conceber o mundo interno como sendo equivalente a eventos privados que se dão por meio da introspecção. O que ele chama de mente ou mundo interior são atividades distintas que ocorrem “dentro da mente” ou “dentro do mundo interno” do indivíduo, tais como *pensar, sentir, falar, fazer cálculos, chorar, sonhar, desejar*, dentre outras possibilitadas pela linguagem ordinária. Costa (2007), ao comentar as teses do autor sobre a vida interior, afirma que Ryle não se recusa a empregar o termo “mente” ou “mental”, e, sim, a aceitar a ideia de que todos os atos etiquetados de mentais portem uma qualidade comum que lhes é emprestada

por uma mente indefinível e evanescente.

Segundo Ryle (1979), ao pensar silenciosamente, ao dialogar imaginariamente com alguém ou ao evocar uma música, uma paisagem ou a figura de um animal mitológico, etc., estamos testemunhando a presença de fenômenos que adjetivamos como “internos”. Para Ryle pensar silenciosamente não é entrar na zona mágica de fatos etéreos e misteriosos, mas manifestar disposições corporalizadas para acionar mecanismos vocais, sem concluir a ação.

Diálogos ou solilóquios silenciosos são subvocalizações de comportamentos de fala interrompidos antes de se exprimirem na modalidade de diálogos ou discursos em voz alta (a habilidade para subvocalização é aprendida durante a aquisição de linguagem). A evocação de uma imagem ou de uma paisagem, por sua vez, é a disposição para ver imagens e paisagens, inibida pela inexistência dos referentes materiais. Da mesma maneira, ouvir ou cantarolar “interiormente” uma música é uma preparação de ação de cantar e ouvir que não é levada a termo na forma plena e original. Por fim, rever na imaginação cenas passadas ou relembrar cheiros, gostos, etc., significa esboçar gestos ou sensações mantidos no estado rudimentar da execução, pela ausência da realidade material que os reativaria integralmente ou pela intenção de desativar a meio caminho a preparação para agir que havia sido deflagrada (Costa, 2007, p. 49).

Do ponto de vista do analista, entrar em contato com esse mundo etéreo e evanescente só é possível por meio da linguagem e da comunicação desses processos vividos no interior do sujeito. Do ponto de vista do paciente, pode ser que esses momentos vividos no seu processo analítico sejam a primeira oportunidade de experimentar sua criatividade, sua capacidade imaginativa e a elaboração de eventos conscientes e inconscientes, vividos com o outro por meio do segredo. Ou seja, esta é uma oportunidade para o paciente pensar secretamente, em oposição ao imperativo do dizer tudo.

Aulagnier (1976), malgrado não pertença à vertente da Escola Inglesa de Psicanálise, contribuiu para este debate com um texto lapidar intitulado “*Direito ao segredo: condição para poder pensar*”. De acordo com a autora, preservar-se o direito e a possibilidade de criar pensamentos exige do indivíduo que ele possa escolher quais pensamentos gostaria de comunicar e a quem comunicá-los. Trata-se de uma condição vital para o funcionamento do “eu” (ego). Esse direito está claro no enquadre analítico. Todo analista sabe que, em determinados momentos da análise, o paciente não estará preparado para lhe revelar assuntos de sua vida até que se estabeleça um sentimento de confiança mútuo, muito embora, alguns analistas na sua vertente clássica também

reconheçam, mais uma vez, uma ligação entre o pensar secretamente e o mecanismo do recalque.

Se não se concedesse o direito de *pensar* representações fantasísticas, o Eu se veria obrigado a dispendar a maior parte de sua energia recalcando fora de seu espaço esses mesmos pensamentos e, fato mais grave, interditando o acesso ao conjunto de temas e termos que se aproximam dele tendo como consequência o perigoso empobrecimento de seu próprio capital ideacional: conhece-se o silêncio que, por um processo de contaminação, pode-se instalar numa sessão se o sujeito decidiu, ainda que não sabendo abertamente, não pensar em tal ideia ou acontecimento do qual não quer nos falar. (...) A experiência pressupõe o respeito a um pacto pelo qual ele se comprometeu a fazer o possível para colocar em palavras a totalidade de seus pensamentos: mas, ainda é preciso saber respeitar a distância que separa a renovação desse pacto de uma atitude que prive o sujeito de *todo direito* a um pensamento autônomo [itálicos da autora] (Aulagnier, 1976, p. 259).

Aulagnier quer chamar a atenção para o fato de que pensar, imaginar, devanear, cantarolar, conversar imaginativamente com alguém, etc.. são todos fenômenos constituintes da capacidade de pensamento do indivíduo. Se essa asserção é verdadeira, então podemos compreender que, no registro do eu (ego), a capacidade de fantasiar pressupõe a possibilidade de guardar determinados pensamentos em segredo e a perda do direito ao segredo comportaria, de um lado, o recalque, e, do outro, a impossibilidade do pensamento, tornando impossível a constituição do eu.

Para a autora, toda a neurose comporta, em si mesma, o direito de o indivíduo manter pensamentos secretos que ele não tem condições de discutir, enquanto não passar pela elaboração. Era o que acontecia com as pacientes histéricas de Charcot, Breuer e Freud. A relação analítica não é constituída apenas pelo fato de o paciente exprimir pensamentos, afetos e desejos e não receber do analista nenhuma resposta em retorno, como se houvesse uma neutralidade tácita, conforme defendeu Freud em alguns dos seus textos técnicos. Aquilo que é dito e aquilo que não é dito em uma sessão, por meio de palavras, afetam a dupla. O analisando pede uma resposta ao seu analista, que também não necessariamente pode responder por meio de palavras. Muitas vezes, esperamos meses para poder comunicar ao paciente uma interpretação sobre um determinado evento de sua vida, por entender que ele também não está preparado para ouvir aquela interpretação. Se o analisando pode ter o direito ao segredo e à capacidade de pensar, esta não é uma condição especificamente sua. O analista também pensa, fantasia, elabora sobre o que ouve do seu paciente, e pode igualmente guardar

segredo não só sobre aquilo que é dito, mas, sobretudo, sobre aquilo que ainda não pode ser comunicado ao paciente sobre ele mesmo, tornando-o o depositário todo poderoso de um segredo do seu segredo (Aulagnier, 1976). A capacidade de pensar e de guardar segredo, portanto, é dupla: do analista e do analisando.

Tudo o que foi descrito e analisado sob os termos de dependência, regressão e frustração, não-reciprocidade na situação analítica, encontra sua primeira causa nisso que se apresenta injustamente como uma simples condição técnica, esquecendo aquilo que a “lei” da associação dita livre comportaria de ilegal, de inassumível, de escandaloso em qualquer outra situação (Aulagnier, 1976, p. 261).

A condição para poder pensar, assim descrita pela autora, encontra reforço, principalmente, nos tipos clínicos neuróticos, mas também pode aparecer de igual modo em distúrbios psicóticos:

Enquanto o analista interrogar a função do pensar secretamente no registro único da neurose, poderá não perceber senão seu resultado mais aparente, embora essencial: permitir ao sujeito fantasiar sem ter que desaparecer no sono ou pagá-lo por um compromisso sintomático. Escapar-lhe-á outra condição que torna essa função possível: é preciso que pensar secretamente tenha sido uma atividade autorizada e fonte de prazer para que sobre essa experiência *se enxerte* a fantasia diurna e não o inverso [itálicos da autora] (Aulagnier, 1976, p. 263).

E como a capacidade de fantasiar do indivíduo se torna possível no seu psiquismo, senão a partir da provisão de um ambiente que possibilite que essa função seja exercida? Nesse sentido, Aulagnier dialoga frontalmente com a teoria das relações de objetos e com a teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott ao afirmar que essa capacidade de pensar em segredo, de produzir fantasias, é, em essência, o desenvolvimento de uma capacidade que já se encontrava no bebê quando ele passou a fazer uso tanto de objetos como de fenômenos transicionais, retirando desta capacidade um prazer resoluto de um objeto bom internalizado, de um ambiente que lhe possibilitou o desenvolvimento dessa capacidade, podendo representar no seu mundo interno o mundo que lhe foi apresentado em pequenas doses pela mãe/outro (*m/other*). Segundo o pediatra e psicanalista inglês, o pensar começa como uma maneira pessoal que o bebê desenvolve para lidar com os fracassos da adaptação materna às suas necessidades, tolerando tanto o fracasso da adaptação a necessidades do ego, quanto a frustração do instinto que produz o estado de tensão interna. Assim o bebê pode acreditar no ambiente materno e ambos tornam-se aptos a desfrutar do

sentido da confiabilidade (Winnicott, 1968c). Dito de outro modo, fantasiar, pensar, criar imaginativamente é dar ao indivíduo a possibilidade se comunicar empaticamente com o outro por meio do seu silêncio, guardando segredo dos eventos internos que passam pela ação do pensamento.

Por outro lado, é preciso considerar outra faceta do silêncio. Refiro-me ao silêncio da reflexão (*musings*) tal como formulado por Bollas (1987), ou o silêncio da elaboração e da perlaboração. Nesse silêncio, assim concebido, o analisando encontra-se como que “flanando”, em um “estado sem forma”. Não se trata de estados mentais ativos e sim de um “pensar intimamente”, “estudar em silêncio”, “meditar”, “analisar”, “construir interiormente”. Este tipo de silêncio em nada tem a ver com estados regredidos ou pacientes em regressão. Ele pode se dar em qualquer momento da análise, no início, meio ou até mesmo antes do final de um processo analítico. Trata-se de um momento estético, uma memória do estado de ser, no qual o tempo, o espaço, o ritmo e o corpo do paciente não podem ser dimensionados. Na verdade temos aí um processo de construção interna que pode ser resultante de uma associação livre do paciente ou de algo que o analista lhe disse.

Aqui, quatro condições são especialmente necessárias para o bom desenvolvimento de uma análise: primeiro, o analista deve compreender que o silêncio neste caso não remete propriamente a uma resistência e seu trabalho está em ajudar o paciente a desenvolver as capacidades de pensar, refletir e elaborar tal como pontuado por Aulagnier (1990), Bion (1962) ou Khan (1960, 1963, 1974, 1989). Segundo, sua compreensão do uso do silêncio por parte do analisando oferece a ele a capacidade de usá-lo em sua própria análise – em sua forma positiva. Terceiro, uma vez que o analisando compreende isso, pode-se permitir o curso de uma regressão à dependência para, por fim, fazer uso da reflexão como uma habilidade receptiva no decurso de uma análise, sem que o analista se sinta constrangido ou mesmo ameaçado com os estados silenciosos do seu paciente (Bollas, 1987).

O analista, nesse instante da análise, tem de ser capaz de renunciar às suas defesas contra a ansiedade, o medo da aniquilação, da perda de identidade, sua e de seu paciente. Concomitantemente, sua identidade deve permanecer distinta e seu sentido de realidade inalterado, afirma Little (1992, p. 88), mantendo a consciência no nível da realidade e da ilusão, ou seja, ele deve

assumir uma posição de cuidado tal qual aquele observado na relação mãe-bebê ou mãe-suficientemente-boas, sem fazer da sua atitude profissional um traço dessa relação, mas, sim, estabelecendo uma relação direta e empática com o paciente. Feito isso, o analista pode-se almejar tolerar seu amor e seu ódio sem revidar, quando muito, sua indiferença e tolerar suas próprias emoções oriundas dessa relação, quando despertadas.

Este é o momento em que a intersubjetividade entra em cena no processo analítico, assemelhando-se àquele momento vivido na trajetória de vida do infante: um encontro entre inconscientes. Muitas vezes, o analista e o analisando experimentam isso como uma transmissão de pensamento: é a hora em que uma ideia, uma sensação ou até mesmo uma pergunta são capturados pelo inconsciente do outro e verbalizados por um deles, surpreendendo a ambos. Aqui também podemos observar o quanto de material transferencial e contratransferencial pode surgir no decurso de uma análise⁶⁴. Este é o mais perfeito exemplo de que haveria uma transmissão ou comunicação de inconscientes entre dois sujeitos em análise, e, como tal, esse processo intersubjetivo vivido no *setting* pode contribuir, facilitar ou promover a regressão à dependência, processo necessário para restituir as falhas ambientais anteriormente enfatizadas.

O “pensar” também foi objeto de estudo de Bion (1967). Para o autor, o pensar é uma atividade que depende do resultado satisfatório de dois desenvolvimentos mentais – dos pensamentos e do aparelho que proporciona a atividade do pensamento. Os pensamentos podem ser classificados conforme a natureza de sua história evolutiva, como pré-concepções, concepções ou pensamentos propriamente ditos, além de conceitos.

Para a psicanálise, tal como Bion a compreende, a capacidade para pensar no bebê se dá a partir da expectativa que ele tem em relação ao seio materno. Quando o bebê entra em contato com o seio, o produto final da ação do seu pensamento é uma “concepção” do seio, ou seja, uma expectativa inata de um seio que advém na mente do bebê. Trata-se de um “*a priori*” ou pensamento vazio. Mas se o bebê tem uma frustração relacionada à não apresentação do seio (não seio), o que ele pode experimentar é uma realização do seio em sua mente e

⁶⁴ Ver sobre este assunto Little (1951) e Winnicott (1949a; 1949b).

uma frustração pela apresentação do não seio. Assim, ele empreende um esforço para fugir da frustração, modificando-a. Se sua capacidade de tolerar a frustração for suficiente, o não seio se transforma em pensamento e o bebê desenvolve um aparelho para poder pensar. Portanto, a capacidade de tolerar a frustração oriunda da apresentação do não seio possibilita que a psique do bebê desenvolva o pensamento como um meio de superar a frustração vivida internamente. Por outro lado, a incapacidade de tolerar a frustração pode ser prejudicial para o desenvolvimento do bebê, obstruindo o desenvolvimento dos pensamentos e a sua capacidade de pensar.

A função alfa, concebida por Bion, diz respeito a um instrumento de trabalho na análise dos distúrbios de pensamento, com o qual o analista sustentará, por meio da função de *rêverie*, a possibilidade de o paciente conseguir pensar ou sonhar.

De acordo com Ogden (2010), Bion criou o termo “função-alfa” para se referir ao processamento dos “elementos-beta” proveniente das impressões sensoriais brutas, sob forma de pensamento e oriundas das experiências emocionais. Os “elementos-beta” são impressões sensoriais não processadas, e não podem ser ligados entre si nem utilizados em funções mentais tais como pensar, sonhar ou armazenar memória. Os “elementos-alfa”, por outro lado, são elementos da experiência que podem ser ligados entre si no processo consciente e inconsciente de funções mentais. Por exemplo, se houver uma falha na função-alfa, isto significa que o paciente é incapaz de dormir e, conseqüentemente, sonhar, pois a função-alfa torna as impressões sensoriais em experiências emocionais disponíveis para a ação do pensamento. Se o paciente não é capaz de dormir, ele também não é capaz de sonhar, e se ele não se recolhe ao sono, ele é incapaz de despertar.

Sonhar é um processo constante que ocorre tanto no sono quanto na vida de vigília inconsciente. Se uma pessoa é incapaz de transformar impressões sensórias brutas em elementos inconscientes da experiência que possam ser ligados, ela é incapaz de gerar pensamentos-sonho inconscientes e, conseqüentemente, não pode sonhar (seja durante o sono ou na vida de vigília inconsciente). A experiência de impressões sensórias brutas (elementos-beta) no sono não é diferente da experiência de elementos-beta na vida de vigília. Portanto, o indivíduo não pode dormir e não pode despertar, ou seja, ele não é capaz de diferenciar estar desperto e estar dormindo, percebendo e alucinando, a realidade externa e a realidade interna (Ogden, 2010, p. 19).

Tudo o que o analista pode fazer é possibilitar ao paciente “sonhar sonhos não sonhados e gritos interrompidos”, diz Ogden (2010). O analista tem a responsabilidade de reinventar a psicanálise para cada paciente e continuar a reinventá-la durante o curso da análise e a cada nova sessão.

De acordo com Green (1974), a análise trata de uma intimidade a dois, por meio da qual o analista “cuida” (*care*) do seu paciente. O sentido dado a “cuidar” (*care*), refere-se a bem mais do que isso. Trata-se de cuidado, cuidar, dar atenção, se importar, inquietar-se ou preocupar-se com o sujeito que tem diante de si⁶⁵. Isso é possível, quando o analista, na sua prática clínica, ajuda o paciente a se constituir como sujeito, servindo-se, às vezes, de ego auxiliar por meio da regressão em análise. O objetivo aqui não é apenas o de promover a cura do paciente. De acordo com o próprio Winnicott, com certa frequência, temos que nos contentar em deixar o paciente ter e manipular a sintomatologia, sem tentar curá-lo do seu adoecimento (Winnicott, 1964c). Essa afirmação também é partilhada por Khan (1989, p. 97) quando ele afirma que, no trabalho clínico, algumas vezes é mais importante sustentar uma pessoa viva do que livrá-la da sua doença. Na maioria das vezes, uma análise pode proporcionar ao indivíduo o desenvolvimento da capacidade de cuidar de si mesmo. Segundo Green:

Em vez de rejeitar os pacientes cuja estrutura psíquica não consegue se adaptar ao enquadramento, cabe ao enquadramento modificar-se em função da estrutura do paciente. Os objetivos do tratamento serão também modificados. Não se trata tanto de “curar” o paciente, mas de **torná-lo apto a tratar de si mesmo, a encarregar-se de si mesmo**. O que equivale a dizer que o tratamento fornecerá ao paciente o enquadramento que lhe falta para conter seus conflitos. Isso não quer dizer reprimi-los, mas permitir-lhes o desaparecimento dos sintomas que o despertar e a conversação da vitalidade psíquica [grifos nossos] (Green, 1974, p. 8).

Se o enquadre pode mudar em função do sofrimento do paciente, logo, o seu silêncio pode ser compreendido em uma perspectiva diversa daquela da psicanálise clássica. De acordo com Green, em alguns casos é preciso que o analista abandone a neutralidade típica com o objetivo de promover a verbalização do paciente, para que este aceite a plasticidade do objeto de transferência sem que o analista seja silencioso – o que não significa promover a “tagarelice” do analista em sua face mais ativa. O silêncio do analisando, no mais das vezes, permite que o analista tenha acesso à sua dor e ao seu sofrimento psíquico, dando a medida

⁶⁵ Essa perspectiva também é defendida por Figueiredo (2007).

exata do seu desespero. Seu negativo não é a fala, mas o grito, e daí a importância da vitalidade do analista em certos momentos da análise (Green, 1974). Assim, o analista pode proporcionar ao paciente a capacidade para poder pensar e elaborar as experiências vividas dentro do seu mundo interno.

Para Winnicott (1965a), a palavra “pensar”, em inglês (*to think*), revela uma série de conotações diferentes para uma diversidade de ações almeçadas. Foi o que ele tentou demonstrar durante uma palestra no Centro de Educação Adicional de Devon, em janeiro de 1965, quando brincou com os diversos usos da palavra “pensar” (*to think*):

Quando penso [*think*] no que me meti, fico aterrorizado. Primeiro me descubro *rodeando* [*think round*] o assunto, astutamente esperando safar-me pela exploração de uma distração. Mas então me descubro considerando [*thinking around*] a palavra “pensar”. Começo então a *inventar ou imaginar* [*think up*] uma maneira de apresentar a comunicação que quero fazer. De vez em quando penso [*think*] em algumas palavras que é melhor deixar de dizer e faço uma nota mental: da próxima vez, *pense* [*think*] antes de aceitar este tipo de convite! Contudo, seria *impensável* [*unthinkable*] escapar de minha obrigação apresentando a desculpa de estar com gripe ou gota, de maneira que mergulho no assunto, apesar da advertência do poeta de que *pensar* [*think*] é ficar cheio de mágoa. Não há alternativa; tenho de *refletir bem* [*think out*] sobre esta coisa, sem esperanças de poder fazê-lo *de modo completo* [*think it through*]. Depois, terei de aceitar o que será *pensado* [*thought of*] de meus esforços, e não levá-lo a mal. Após, naturalmente *pensarei* [*think of*] em todas as coisas em que não *pensei* [*though of*]. Quão melhor teria sido ter pensado antes [*thought forward*] e predito as críticas de vocês [itálicos do autor] (Winnicott, 1965a, p. 119)

Notem a diversidade de usos cotidianos do verbo “*to think*” (pensar) mencionados pelo autor para expressar uma gama diversificada de funções: pensar, rodear, considerar, inventar, imaginar, impensável, refletir, pensar em, pensar antes ou rever, etc., e quais usos podemos fazer do mesmo verbo no desenvolvimento de uma criança: inventar, criar, imaginar, pensar, sonhar, devanear, catalogar, etc.

Winnicott está interessado em saber como o bebê expressa seu pensamento, como ele pode fazer uso deste dispositivo no processo maturacional⁶⁶, ao catalogar, categorizar e comparar, situação em que o funcionamento da mente está direcionado para uma tarefa específica e com certo objetivo limitado. Há também o funcionamento corporal e sensório-motor da

⁶⁶ É importante salientar que “Pensando sobre crianças” [*Thinkg about Children*] (Winnicott, 1997) é um dos livros póstumos, que traz os últimos artigos publicados por Winnicott sobre o tema.

criança, além da forma como o bebê elabora o atendimento às suas necessidades físicas e emocionais a partir da elaboração imaginativa do funcionamento corporal, o que não se dá conscientemente. Assim, na sua concepção, o pensar assume uma função mestre, qual seja, a de se constituir como um aspecto da imaginação criativa do bebê no período da dependência absoluta, servindo à sobrevivência da experiência de onipotência e promovendo a integração do indivíduo por meio da elaboração imaginativa dos elementos, sentimentos e funções somáticas. De acordo com o autor, essa função é exercida em quase todos os bebês, que se especializam no que pensam e buscam palavras para poder se expressar; outros bebês se especializam em experiências diversas que não implicam em palavras: experiências auditivas, visuais ou outras experiências sensoriais, ou ainda em lembranças e na imaginação criativa do tipo alucinatório (Winnicott, 1965a).

Quando o bebê tem uma reação endógena interna, a partir das necessidades físicas, corporais, fisiológicas, ele se comunica a partir de uma expressão motora (agitação de braços e pernas) e de seu grito (comunicação). Enquanto grita, o bebê pensa consigo mesmo que tem razão de fazê-lo porque os ruídos que escuta fora da cena indicam que alguém está vindo em seu socorro para atender suas necessidades (ação específica, conforme definido anteriormente por Freud). Esta compreensão que o bebê tem do que está se passando dentro e fora dele mesmo, resulta na incapacidade crescente da mãe de fracassar na sua adaptação às necessidades do bebê. Assim temos dois tipos de bebês: aquele que rodeia a questão por meio do pensar e outro que o faz por meio da fantasia e pelo fruir imaginativo da sua experiência, antes mesmo que ela se torne real (Winnicott, 1965a).

O movimento para frente no desenvolvimento emocional de um indivíduo se dá pelo distanciamento de um estado desorganizado e no sentido da integração, do caos para a compreensão, da ignorância para o conhecimento e o poder de predizer, da dependência para a independência. O pensar é um dos aspectos do processo integrador, indo à frente da participação plena (Winnicott, 1965a, p. 122-123)

O mesmo pode ocorrer com pessoas adultas em meio a uma sessão analítica: algumas dessas experiências não podem ser alcançadas por meio da linguagem, e sim, por outras formas de entrar em contato com o outro, quer se trate de pacientes neuróticos ou psicóticos.

No desenvolvimento emocional do indivíduo, a tendência à integração é inata. As condições têm de ser más para que a integração não se torne um fato. A integração pode ser representada em termos das três dimensões do espaço, mas neste caso temos de acrescentar a quarta dimensão do tempo. Todos nós sabemos que quando um paciente começa a falar sobre o passado, ele está ao mesmo tempo começando a pensar no futuro (Winnicott, 1961a, p. 204).

A integração no tempo e no espaço, tanto na criança como no adulto saudáveis, é necessária para a continuidade do ser. Em nosso trabalho, afirma Winnicott, nós temos de tolerar a tensão oriunda dos casos que atendemos, sejam os resultados imediatos ou não, apesar de aprendermos a desconfiar de resultados imediatos. No entanto, em nosso trabalho, aprendemos a desenvolver outros interesses além da técnica e do pagamento pelo nosso trabalho, pois não podemos ignorar o fator tempo no processo de desenvolvimento ou cura demorada do paciente (Winnicott, 1961a)

Em outras palavras, quando acreditamos que o pensamento e o segredo assumem uma forma de comunicação silenciosa tácita entre o analista e o seu paciente, podemos compreender então a afirmação de Winnicott de que “pensar é pré-dizer” (Winnicott, 1965a).

6.4.

Holding e interpretação

Winnicott é um autor que enfatiza a ideia de saúde no desenvolvimento maturacional. Para ele, não faz sentido falarmos de inconsciente recalcado, a não ser que estejamos diante de pacientes com sintomas produzidos pela neurose, resultantes de relações triádicas e do atravessamento do complexo edípico. Em seu trabalho com pacientes neuróticos, ele era instado a se confrontar com as evidências do inconsciente na medida em que o paciente se recordava, rememorava, revivia experiências do seu passado que lhe foram negadas ao nível do consciente ou pré-consciente por meio de uma “neurose de transferência”, o que produz o aparecimento gradual de sintomas psíquicos graves (Winnicott, 1990a). Quanto a isso Winnicott é claro: com pacientes neuróticos, o manejo da técnica analítica segue a regra fundamental postulada por Freud.

Nesse tipo de trabalho clínico, o analista deve ser capaz de tolerar ideias e sentimentos primitivos oriundos do amor e do ódio do paciente, demonstrando uma compreensão dos processos que o levaram a reviver tais

experiências através da interpretação. De acordo com Winnicott, a interpretação correta e oportuna no processo analítico produz no paciente uma sensação de estar sendo seguro fisicamente. Por meio de um *holding* e da compreensão das moções inconscientes demonstradas pelo uso da comunicação, intervenção e interpretação, o analista “embala o paciente fisicamente no passado, ou seja, na época em que havia necessidade de estar no colo, quando o amor significava adaptação e cuidados físicos” (Winnicott, 1990a, p. 80).

Freud, diz Winnicott, foi o pioneiro nesse tipo de trabalho ao tratar de pacientes neuróticos adultos, cuja infância aparece como abrigo dos conflitos intoleráveis que levaram ao recalque, ao soerguimento das defesas organizadas e à interrupção do desenvolvimento emocional do indivíduo para a formação de sintomas (Winnicott, 1948c). Mas notem que, mesmo seguindo a regra fundamental com estes pacientes, Winnicott levanta a possibilidade de que a regra esteja subsumida ao acolhimento do analista às demandas do paciente a partir das falhas ambientais maternas e daquilo que foi vivido em termos de relações triádicas.

Em uma carta endereçada a Robert Rodman, de 10 de janeiro de 1969, Winnicott faz uma crítica ao trabalho da psicanálise clássica, apoiado na verbalização com pacientes neuróticos. Para o autor, este trabalho não deve ser sustentado apenas na verbalização do material inconsciente, mas principalmente através do manejo do paciente à regressão, na sustentação de momentos de retraimento, no reconhecimento de expressões de afeto e sentimentos positivos e negativos, nos gestos e expressões não verbais que podem ser percebidos durante a sessão. Ou seja, muitos aspectos com os quais o analista vai se deparar no decurso de uma análise com seu paciente são, de fato, pré-verbais (Winnicott, 1990b, p. 157), e em certos momentos estes conteúdos pedem ou não a interpretação por parte do analista.

No caso do neurótico, não há dificuldade, porque a análise completa é feita através do intermédio da verbalização. Mas é demasiado fácil para uma análise (onde há um elemento esquizoide oculto na personalidade do paciente) se tornar um conluio infinitamente prolongado do analista com o paciente para a negação da não comunicação. Uma análise como esta se torna tediosa, por falta de resultado, a despeito do bom trabalho realizado. Em tal análise um período de silêncio pode ser a contribuição mais positiva que o paciente pode fazer, e o analista fica então envolvido num jogo de espera. *Pode-se naturalmente interpretar movimentos e gestos de todos os*

tipos, e detalhes de comportamento, mas neste tipo de caso acho melhor que o analista espere [itálicos nossos] (Winnicott, 1963c, p. 171).

Esperar é a forma com a qual o analista vai poder lidar com a demanda do paciente, para que o *self* faça algum esboço de comunicação. Esperar é dar tempo ao paciente, mesmo com sintomas oriundos da sua neurose, para que ele se recolha em seu mundo interno e encontre, na relação da dupla analítica, o momento certo para expor sua comunicação. O analista, por sua vez, também pode esperar para que esta comunicação seja feita, dando tempo ao seu paciente, para, então, poder vir a interpretar os conteúdos oriundos do inconsciente recalcado.

Em um artigo dedicado à interpretação psicanalítica, de 1968, Winnicott afirma que “interpretar” implica no uso de palavras para expressar os conteúdos verbalizados pelo paciente. Estes, por sua vez, são introduzidos na regra fundamental da psicanálise clássica, muito embora saibamos que grande parte do que pode vir a ser comunicado não se dá pela verbalização desses conteúdos, e os analistas, por sua vez, gradualmente se descobrem interpretando conteúdos silenciados pelo paciente antecipadamente, conteúdos estes que podem se exprimir através de movimentos ou gestos que se acham fora do domínio verbal, tal como afirma Winnicott: “Com um paciente calado, homem de 25 anos, uma vez interpretei o movimento de seus dedos, enquanto as mãos lhe repousavam entrelaçadas sobre seu peito”. Ao que ele respondeu: “Se você começar a interpretar esse tipo de coisas, vou ter de transferir esse tipo de atividade para outra coisa que não apareça” (Winnicott, 1968a, p. 163). Ou seja, interpretar com palavras nem sempre é um instrumento válido para o analista. Perguntamo-nos então: o que interpretar, em que sessão, em que momento da análise, sobre qual material observado e com qual paciente? Estas sim são as questões fundamentais. Os analistas mais jovens cometem erros e se apressam em fornecer grande número de interpretações ao seu paciente. Alguns outros, mais experientes, sucumbem igualmente à regra fundamental da psicanálise e se esforçam para dar uma interpretação tão logo seu paciente comece a lhe fornecer dados sobre sua vida ou sempre que o silêncio surgir na cena analítica: resistência ao método de análise, à figura do analista, ao *setting* analítico, resistência à instalação da transferência e a si mesmo por meio da censura. Todo analista sabe que o mais prudente, nestes casos, é esperar o momento certo para fornecer uma

interpretação ao paciente:

Só recentemente me tornei capaz de esperar; e esperar, ainda, pela evolução natural da transferência que surge da confiança crescente do paciente na técnica e no cenário psicanalítico, e evitar romper esse processo natural, pela produção de interpretações. Refiro-me à produção de interpretações e não às interpretações como tais (Winnicott, 1969d, p. 121).

Para Winnicott, o propósito da interpretação deve incluir um sentimento oriundo do analista de que a sua comunicação foi reconhecida e aceita pelo paciente no momento oportuno. Isso posto, o analista devolve ao paciente o que este lhe comunicou sob a forma de uma intervenção, uma repetição simples de palavras, uma interpretação ou uma construção da história do paciente, expondo-a em meio ao que foi comunicado, mas não deve fazê-lo apenas para mostrar que o ouviu. Fornecer uma interpretação ao paciente dá a ele a oportunidade de corrigir mal-entendidos, e uma das tarefas do analisando é compreender o seu analista, que deve acolhê-lo de acordo com a sua demanda (Winnicott, 1968a). Uma vez que uma boa interpretação pode ser dada ao paciente, o ideal é que ela não seja muito longa. Uma boa interpretação, para o paciente, é como se ele fosse alimentado pela figura do analista. Por outro lado, se o analista faz uma interpretação muito longa, o paciente tem a impressão de que ele está conversando consigo mesmo em vez de fazê-lo com o paciente (Winnicott, 1990b, p. 109).

Para Winnicott, precisamos compreender profundamente um paciente e mostrar, por meio de uma interpretação correta e oportuna, que estamos lhe oferecendo *holding* e tomando parte em um relacionamento no qual ele está inserido se houver a instalação de uma “neurose de transferência”. Do ponto de vista do paciente, ele pode passar por momentos difíceis no início de uma análise, e viver momentos de retraimento ou regressão no *setting*, mas isso não é exclusivo dos pacientes com sintomas neuróticos, acontecendo também com aqueles que vivenciam distúrbios psicóticos, personalidades *borderlines* ou esquizoides (Winnicott, 1954b). O trabalho com pacientes regredidos deu a Winnicott uma maior capacidade de compreensão sobre os diversos sentidos que o silêncio comporta na cena analítica e como manejá-lo. Para o autor, em certos casos, o analista precisa se fazer presente unicamente com o seu corpo, às vezes, apenas respirando junto com o paciente, para que este possa experimentar momentos de quietude, tranquilidade, confiabilidade e mutualidade, para daí possibilitar o início

ou a continuidade de sua análise (Winnicott, 1954-5). Por exemplo, há silêncios que pedem uma interpretação, aqui e agora do analista, quando se fazem presentes:

Um analista está trabalhando, como se diz, e o paciente está verbalizando, e o analista interpretando. Não é bem uma questão de interpretação verbal. O analista sente que no material que lhe é apresentado pelo paciente há uma tendência que pede uma verbalização. Muita coisa depende da maneira como o analista usa as palavras, e, portanto, da atitude que se oculta por trás da interpretação (Winnicott, 1968g, p. 84-85).

Neste caso, o silêncio pode ser interpretado por meio das palavras do analista e a partir da sua percepção da demanda do paciente. Noutros momentos, é o sentido da confiabilidade que o analista tenta transmitir ao seu paciente por meio do seu silêncio, e, assim, ambos podem experimentar uma comunicação silenciosa, da mesma forma que a mãe e o bebê juntos experimentam:

Atos de confiabilidade humana estabelecem uma comunicação muito antes que o discurso signifique algo – o modo como a mãe olha quando se dirige à criança, o tom e o som de sua voz, tudo isso é comunicado muito antes que se compreenda o discurso. (...) **Recebemos uma comunicação silenciosa**, por um certo período de tempo, de que éramos amados, no sentido de que podíamos confiar na provisão ambiental, e portanto continuamos com nosso crescimento e desenvolvimento. A criança que não experimentou o **cuidado pré-verbal**, em termos do “segurar” [*holding*] e do “manuseio” [*handling*] – **confiabilidade humana** -, é uma criança carente. (...) A criança tem que fazer teste e de ver se esse amor, esse “segurar” e esse manuseio pré-verbal aguentam a destrutividade ligada ao amor primário [acréscimo e grifos nosso] (Winnicott, 1968b, p. 143).

Do mesmo modo, o analista pode oferecer o sentido de confiabilidade ao paciente, ora sustentando-o no *setting* através dos objetos que ali se encontram, ora sustentando-o por meio de palavras – interpretações, intervenções, construções - durante o processo analítico, ou ainda por meio do seu próprio silêncio. O analista sustenta (*holding*) o seu paciente não só na poltrona, no divã ou até em seus braços; ele o sustenta por meio da sua palavra verbalizada ou então por meio do seu silêncio empático. O analista também maneja (*handling*) o cenário analítico atendendo as necessidades emocionais – e às vezes físicas – do seu paciente, quando tudo o que este precisa é a intervenção física – cumprimentar quando chega ou quando sai da sessão, segurar-lhes as mãos em momentos difíceis, abraçá-lo quando necessário, em uma palavra, ser um corpo presente e vivo durante a sessão. Quando o analista oferece o seu silêncio para sustentar a demanda do paciente ele o está usando como *holding*. Apesar de Winnicott nunca

ter usado a expressão “silêncio *holding*”, podemos pinçar no escopo de seus trabalhos momentos em que o manejo do silêncio assumiu essa forma junto ao paciente.

Por exemplo, em um de seus casos clínicos, Winnicott relembra que atendeu uma criança de oito anos de idade, com comportamento antissocial e que fazia uso da defesa maníaca. Este paciente tentava esgotá-lo na sessão por meio de brincadeiras do mesmo modo como esgotava seus pais em casa. Depois de reiteradas sessões nas quais ele realmente estava provocando cansaço no psicanalista – e, por consequência, suscitando o seu tédio –, o paciente veio para uma sessão em um dia em que havia sido declarado o armistício durante a Segunda Guerra em Londres. Ele observou que reinava certa tranquilidade na cidade, sem ruídos de automóveis, pessoas nas ruas, e pela primeira vez pôde experimentar dois minutos de silêncio na sessão junto com Winnicott. O analista, por sua vez, reconhecendo este momento ímpar na história subjetiva do paciente, não interviu em momento algum, aproveitando aquele silêncio para que o paciente pudesse experimentar a sua “solidão essencial”, e, assim, não mais se sentir cansado (Winnicott, 1935). Neste caso, embora Winnicott ainda não tivesse a compreensão da maioria das teorias que iria desenvolver ao longo das décadas subsequentes, ele oferece “*holding*” por meio do seu silêncio junto ao silêncio do paciente a partir do momento em que ambos podem compartilhar desse momento na sessão. Quando o analista oferece *holding* por meio do seu silêncio, muitas vezes surge a primeira oportunidade para que o paciente efetue um verdadeiro mergulho dentro do seu mundo interno, experimentando ou a tranquilidade ou a confusão que reina ali dentro. Do ponto de vista do analista, esta é uma ótima oportunidade para verificar se o mundo interno do paciente encontra-se cheio ou vazio, se é bom ou mau, está em guerra ou encontra-se em paz.

Por outro lado, com Margaret Little, no início das sessões, Winnicott afirmava reter suas interpretações e permanecer frequentemente em silêncio, o que lhe trouxe bons resultados com a paciente, como se ela sentisse que isso fosse uma conquista dela, fazendo-a ficar em silêncio (Winnicott, 1975). Noutro momento, o silêncio se constituía por um não dito do analista, simplesmente por não ter ou não saber o que dizer:

Na realidade, estava contente com o silêncio e teria preferido que eu não tivesse dito absolutamente nada. Talvez, em meu silêncio, eu pudesse ser

ligado ao analista anterior que ela sabe que estará sempre buscando. Sempre esperará que ele retorne e a aprove com um “Muito bem!”, ou algo assim. E o que continuará acontecendo ainda durante muito tempo, mesmo depois que ela tenha esquecido como é aquele analista (Winnicott, 1953, p. 43).

Mais uma vez, é o silêncio como *holding* que o analista pode oferecer ao seu paciente, na medida em que palavras não podem produzir efeito algum em sua subjetividade. O “silêncio *holding*” também pode assumir uma forma de atenção corporal, conforme definido por Masud Khan (1960), ou seja, quando o analista vivifica na história do paciente uma experiência a ser partilhada por meio do que é sentido ao nível do corpo, como no caso da respiração:

Teve que haver uma fase temporária na qual a respiração de seu corpo era tudo. Desta forma, a paciente tornou-se capaz de aceitar a condição de não saber por que eu estava fornecendo-lhe um *holding* e mantendo uma continuidade através da minha própria respiração, enquanto ela se deixava levar, cedia, de nada sabia; de nada adiantaria, no entanto, que eu lhe fornecesse *holding* e mantivesse minha própria continuidade de vida, se ela estivesse morta (Winnicott, 1949b, p. 421).

Respirar junto com a paciente, manter sua presença viva e constante, assim como a mãe o faz com o seu bebê, é uma forma de o paciente constituir no vínculo com seu analista uma experiência de “ser”, na verdade, trata-se de uma conquista tanto do paciente quanto do analista, para que daí a verbalização possa encontrar o seu lugar na análise. Winnicott, como analista perspicaz que era, está buscando diferenciar “o desejo” da “necessidade” que o paciente tem de viver no processo analítico momentos de quietude, sem que o analista promova rupturas no núcleo do *self*, nem corrobore com falhas ambientais ou frustrações vividas no acolhimento do *setting*. Segundo o autor,

É correto falar dos *desejos* do paciente, o desejo (por exemplo) de estar quieto. No caso do paciente regredido, a palavra desejo é errada; no seu lugar, usamos a palavra *necessidade*. Se um paciente regredido *necessita* de quietude, então sem ela nada poderá ser feito. Se a necessidade não é satisfeita, o resultado não é raiva mas sim uma reprodução da situação de fracasso ambiental que interrompeu os processos de crescimento do *self*. Houve uma interferência na capacidade do indivíduo de “desejar” e testemunhamos o reaparecimento da causa original de uma sensação de futilidade (Winnicott, 1954-5, p. 472).

A ideia de um “silêncio *holding*” não foi apenas usada por Winnicott no atendimento aos seus pacientes. Outros psicanalistas, a exemplo de Khan (1963), Balint (1968) e Ogden (1996), também fizeram uso do silêncio como *holding* decorrente da demanda do paciente durante as sessões de análise. Por

outro lado, o silêncio também pode assumir outra forma, que não apenas de “sustentação” do paciente: estamos falando do “silêncio como interpretação”.

O analista que oferece o seu silêncio como resposta aos conteúdos verbalizados pelo seu paciente pode estar se utilizando dele algumas vezes como uma forma de interpretação na medida em que ele aceita a comunicação do seu paciente, sem nada a dizer. Ora, mas em que isto se diferencia do silêncio dos analistas em uma vertente clássica ou tradicional? Quando o analista é alvo dos ataques agressivos ou sádicos do paciente, se constituindo como um “analista objeto” – em oposição ao “analista ambiente” – ele pode sustentar a agressividade destes ataques sem nenhuma retaliação, a partir da função de “*rêverie* do analista”. Os conteúdos não verbalizados do analista, por outro lado, em resposta às investidas verbais do seu paciente, também podem assumir a função de “ego auxiliar” para que o paciente possa se expressar e depositar no analista toda aquela carga afetiva – positiva e negativa – que ele não pôde vivenciar em outro lugar ou em outro momento da sua vida. Uma vez que o analista tem a oportunidade de conhecer profundamente seu paciente, interpretar, não interpretar ou oferecer o seu silêncio como uma interpretação tornam-se uma questão de manejo.

Nos últimos anos, na área do trabalho analítico na qual o *setting* facilita o *holding* e o ser, *não interpretar* é que constitui, essencialmente, a contribuição do analista. À pergunta sobre *o que* não está sendo interpretado, a resposta é ambígua. O que se pode reconhecer é que o ato de não interpretar não é um simples ato passivo. É o resultado do trabalho analítico intensivo que o precede, no qual foram aliviadas as resistências de um paciente, proveniente da interferência de sua patologia de ego na experimentação pessoal e autêntica do seu *ser* no *setting* analítico [itálicos do autor] (Khan, 1969, p. 249).

Ora, a base para uma interpretação, diz Winnicott, não é emitir algum som. Muitas vezes isso é uma atitude presunçosa por parte do analista ao tentar responder a uma demanda que ainda não se constituiu no processo de análise do seu paciente. De um modo geral, os analistas clássicos, em sua vertente francesa, assumiram a postura do mestre e fizeram do silêncio o elã vital de sua neutralidade clínica, enquanto que, em sua face inglesa, ele pode ser usado de modo positivo para acolher o sofrimento psíquico, ao invés suscitar angústia. A interpretação, para Winnicott, faz parte de uma construção de *insight*, ou seja, ela é dada em um certo número de minutos ou mesmo segundos diante do material que foi apresentado pelo paciente. Uma interpretação correta, mesmo que seja

produto de um silêncio do analista, pode trazer para o paciente a sensação reconfortante de que ele foi compreendido, e muito do material fornecido pelos pacientes não é passível de interpretação verbal. Não interpretar e permanecer em silêncio, nesse sentido, é a própria manifestação do “silêncio como interpretação”.

É como se o analista pudesse usar os processos intelectuais, tanto os seus quanto os do paciente, para avançar um pouco. O principal é a reflexão de volta para o paciente do material apresentado, que pode ser um sonho. Apesar disso, os dois juntos podem brincar de usar o sonho para obter um *insight* mais profundo (Winnicott, 1968a, p. 165).

Psicoterapia não é fazer interpretações argutas e apropriadas, mas, às vezes, devolver ao paciente a elaboração do material que ele trouxe pela capacidade de acolhimento e elaboração do analista. Como diz Ogden (1996), o analista precisa estar preparado para lidar com a alteridade do seu analisando e escutar o som que emerge da colisão entre duas subjetividades. Essa escuta, por sinal, deve ocorrer sem memória ou desejo, mas se mostrar profundamente atenta e enraizada na história do paciente. Ainda conforme este autor, uma interpretação é sempre uma interpretação da transferência-contratransferência que é posta em ato pelo analista, o qual pode vir a fazer uso da ação verbal ou pode se recolher em seu silêncio para comunicar ao analisando sua compreensão dos conteúdos comunicados. A matriz da transferência-contratransferência é o correlato intersubjetivo criado no espaço analítico, a partir do que o analista pensa, sente, intui, elabora e vive (Ogden, 1996).

Uma análise bem-sucedida proporciona ao paciente o seu desenvolvimento e libera os processos evolutivos e as tendências hereditárias. Se pudermos com o manejo do silêncio, na sua forma clássica ou na sua vertente da Escola Inglesa, compreender o sofrimento psíquico daquele que nos pede ajuda, talvez possamos transformar a vida de uma pessoa que não tenha tido um ambiente materno suficientemente bom, ou então teve que recalcar determinados episódios vividos na sua tenra infância. Quando isso acontece, diz Winnicott, o analista obtém uma recompensa que vai muito além da simples gratidão, pois conseguiu promover em seu analisando uma autonomia diante do seu sintoma. “De alguma forma fomos capazes de, *silenciosamente*, transmitir confiabilidade, e o paciente respondeu com o desenvolvimento que, no contexto dos cuidados humanos, poderia ter ocorrido nos estágios mais iniciais” (itálicos nossos) (Winnicott, 1968g, p. 90-91).

Enfim, muitas pessoas buscam a análise para poder contar o que viveram e libertarem-se do seu sintoma. Buscam um analista que possa ouvir o que elas têm a dizer sobre o seu passado, o seu sofrimento, as suas vidas. Algumas pessoas podem se surpreender ao descobrirem, no conforto de um divã, que muito do que elas têm a contar e muito do que elas têm a ouvir não pode ser medido por palavras, e, para aqueles que sofrem, o som das palavras pode ser importante, mas não o seu sentido. Descubrem, por vezes, que a interpretação verbal não adianta muito e precisam encontrar formas diversas para lidar com a sua ansiedade (Little, 1992, p. 86).

Os analistas clássicos, durante muitas décadas, tiveram que se deparar com pacientes que lhes traziam sofrimentos psíquicos extremamente difíceis de serem superados, mas acreditaram em um método que podia trazer alívio à sua alma. Isso se constitui, na perspectiva de Gilles Deleuze, em um contrato entre a dupla analítica, firmado na alcova dos consultórios e vividos em meio a um processo analítico que diz:

Dê-me seus estados vividos, eu lhe devolverei fantasmas. E o contrato implica uma troca, de dinheiro e de palavras. A esse respeito, um psicanalista como Winnicott mantém-se verdadeiramente no limite da psicanálise, porque tem o sentimento de que esse procedimento não convém mais num certo momento. Há um momento em que não se trata mais de traduzir, de interpretar, traduzir em fantasmas, interpretar em significados ou em significantes, não, não é isso. Há um momento em que será necessário partilhar, é preciso colocar-se em sintonia com o doente, é preciso ir até ele, partilhar seu estado. Trata-se de uma espécie de simpatia, de empatia, ou de identificação? Mesmo assim, isso é seguramente mais complicado. O que nós sentimos é antes a necessidade de uma relação que não seria nem legal, nem contratual, nem institucional (Deleuze, 1973, p. 322) .

O que nós precisamos, hoje, não é ir de encontro ao barulho vivido dentro de nós mesmos, dentro do nosso mundo interno, nem encontrar na figura do analista uma pessoa que reifique o que se passa dentro dele apenas por meio da verbalização dos afetos e da comunicação dos conteúdos recalcados. Algumas vezes, tudo o que precisamos é encontrar alguém nos capacite a tornar possível o impossível. O resto... é silêncio.

7

Considerações Finais (O começo é uma soma de começos)

A psicanálise, como um tratamento que lida com os conflitos psíquicos do sujeito, se deparou inúmeras vezes com o paciente que não conseguia expor, por meio da verbalização, os dramas vividos no meu mundo interior. Quando as histéricas freudianas encenavam no corpo os seus conflitos, nada mais faziam do que “dar corpo” a algo impossível de ser nomeado por meio de palavras. Charcot, Breuer e Freud foram aqueles que tentaram dar voz a esses conflitos, sem, no entanto, ter consciência de quanto trabalho ainda precisava ser feito no início dessa jornada em termos teóricos e clínicos.

Por seu turno, Freud, como cientista que era, foi aquele que se deparou com a diversidade das manifestações inconscientes – neuroses, psicoses, depressões, melancolias, trabalho de luto, entre outros, que fizeram com que o médico vienense propusesse um conjunto de ideias que açambarcasse aquilo que ele via, *in loco*, em seu consultório na Viena do início do século. Ele postulou uma topologia para o inconsciente e o consciente, forjou um método de trabalho e criou teorias que dessem subsídios para que seus herdeiros pudessem trabalhar com o método que inventara. Não esperou que grande parte dos seus interlocutores pudesse avançar naquilo que o mestre deixou como herança, mas estabeleceu, com alguns deles, um franco diálogo a partir dessas proposições.

O silêncio não foi seu objeto de estudo. Pelo contrário, conforme vimos ao longo deste trabalho, a psicanálise se constitui como um tratamento baseado na verbalização e na comunicação do sofrimento psíquico. Sendo assim, encontramos nos escritos de Freud um pesquisador tentando dominar a sua criação e encontrando dificuldades no meio do seu percurso, para fazer jus às suas ideias, modificando-as quando necessário. Por isso o silêncio não foi bem compreendido por Freud e foi tomado como um inimigo no início dos primeiros casos clínicos.

No entanto, aos poucos, o médico vienense pôde comprovar que o inconsciente não se comunicava apenas por meio da linguagem, mas também por gestos, expressões, comportamentos, não se reduzindo apenas à resistência do paciente ou à figura do analista. Pelo contrário, haveria nessa comunicação sem

palavras conteúdos que precisavam ser explicitados aos pacientes por meio da interpretação.

Foi o que aconteceu com os chamados herdeiros teóricos de Freud. No diálogo estabelecido pelo criador da psicanálise, alguns deles propuseram outros referentes para o surgimento do silêncio no processo analítico. Este passou a ser subsumido às demandas clínicas de pacientes difíceis, e os analistas que se sucederam a Freud se propuseram a dar conta desses casos – pacientes inanalizáveis, diziam alguns, mas a própria clínica fez com que estes mesmos analistas revissem seus conceitos teóricos e sua metodologia de trabalho para atender às demandas do paciente.

Aqui surge a figura de Donald W. Winnicott. Como médico pediatra e interessado fundamentalmente na relação mãe-bebê, ele procurou encontrar os referentes do silêncio primeiramente nessa relação, para daí encontrá-la mais adiante com seus pacientes difíceis. No escopo de sua teoria, agora como analista, pinçou o desenvolvimento emocional humano como fazendo parte de um processo que ia da incipiência de um ser vivo em útero, até o nascimento, e daí como a mãe e o bebê iriam viver um acontecimento a dois. A mãe, como um verdadeiro continente no qual precisava se constituir para só daí o bebê poder mergulhar, institui no infante um psiquismo, um mundo interior, um *self*, um fora, mas também um dentro. Como vimos, muito do que é vivido pela mãe e pelo bebê também não pode ser descrito em palavras – a comunicação silenciosa é fundamental para que o bebê alcance o seu *status* de sujeito no mundo, e é fundamentalmente o ambiente materno que possibilita esse alcance.

Sem a vivência de “estados tranquilos”, não temos como nos esconder em nossa “solidão essencial” e desenvolver a “capacidade de estar só na presença de alguém”, termos winnicottianos para falar da experiência terna e calma da internalização de um objeto bom no interior do *self*. Se conseguirmos alcançar esse objetivo, daí podemos dizer que “a vida vale a pena ser vivida”.

Quando o ambiente humano não se constitui como esse continente, o que podemos observar é a instalação de uma ruptura do núcleo do *self*, e o sujeito não mais “se comunica” com o mundo de maneira saudável, mas por meio de distúrbios psíquicos, protegendo-se sob a égide do falso *self* defensivo.

A tarefa do analista, então, é perceber essa dinâmica no inconsciente do sujeito, e se preparar para uma comunicação que pode ser autêntica e permeada

pela verbalização, ou então ser uma comunicação reativa às invasões do ambiente no início da vida do sujeito. Esta seria a tarefa do analista com pacientes graves, que faz a comunicação ser quase impossível. O trabalho é compreender que houve uma grave falha de comunicação entre a mãe e o bebê e que isso vai reverberar na vida psíquica do infante quando se tornar adulto. Para tanto, precisamos resgatar, por meio da regressão, o estado de dependência absoluta vivido no *setting* para só em seguida proporcionar a verbalização no enquadre analítico.

Por outro lado, com os tipos clínicos da neurose, a comunicação pode ou não se fazer presente por meio da verbalização. Mais uma vez, cabe ao analista encontrar, dentro da observação do seu paciente, que tipo de comunicação está sendo efetuada naquela sessão, naquele processo, com aquele paciente.

Se o analista puder compreender o sofrimento psíquico e apreender um momento oportuno para intervir, a análise pode ser bem-sucedida e o paciente pode se beneficiar do seu trabalho. Do contrário, o processo se arrasta infinitamente e o analisando pode passar anos sem conseguir entender o seu sintoma.

Com a contribuição da teoria do desenvolvimento emocional na relação mãe-bebê, Winnicott inova em termos de teoria e prática clínica, ao levar para o *setting* as vivências daquela relação para o encontro entre o analista e seu paciente. Encontrar na comunicação silenciosa uma forma de entrar em contato com o *self* do paciente é se dispor a ser aquele ambiente materno para alguns, ou seja, a primeira oportunidade de encontrar um continente materno na figura do analista, e viver a sua solidão essencial. A comunicação pode ou não ocorrer, e, quando ocorre, pode ou não ser por meio de palavras.

A compreensão do silêncio na clínica psicanalítica contemporânea passa ao largo das proposições da psicanálise clássica. Com as contribuições da Escola Inglesa de Psicanálise, e principalmente de Donald W. Winnicott e seu grupo independente na teoria e técnica psicanalítica, termos antes impensáveis como “empatia”, “confiabilidade”, “viver com”, “sentir com”, “sensibilidade do analista”, entre outros, puderam ser incorporados no jargão psicanalítico e beneficiar o paciente durante seu tratamento.

Em análise, ou estamos do lado do paciente e aprendemos a criar e a redescrever nosso modelo de escuta clínica, ou então somos totalmente submetidos aos rigores do método e ficamos à mercê da teoria. Em nossa clínica,

a escolha foi feita, por isso pudemos ajudar o paciente em seu sofrimento psíquico.

O silêncio, nessas horas, fala alto, mas tão alto, que não podemos deixar de ouvi-lo.

ABRAHAM, K. (1921). Contributions to the theory of the anal character In: **Selected papers of Karl Abraham**. London: Hogart Press, 1927.

_____. (1924). The influence of oral erotism on character-formation In: **Selected papers of Karl Abraham**. London: Hogart Press, 1927.

ABRAM, J. (ed.). **Donald Winnicott today**. London and New York: Routledge/The New Library of Psychoanalysis, 2013a.

_____. The evolution of Winnicott's theoretical matrix: a brief outline In: **Donald Winnicott today**. London and New York: Routledge/The New Library of Psychoanalysis, 2013b, p. 73-112.

_____. **A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

_____. On Winnicott's clinical innovations in the analysis of adults. **The International Journal of Psychoanalysis**, 93(6), 2012, p. 1461-1473.

AISENSTEIN, M. Élaboration, perlaboration, cicatrisation. **Revue Française de Psychanalyse – L'élaboration Psychique**, LXIV(4), 2000, p. 1065-1076.

ALMANZI, R. J. The face-breast equation. **Journal of American Psychoanalysis Association**, 8(1), 1961, p. 43-70.

ALVAREZ, M. D. Comunicação e não comunicação em psicanálise: abordagem de seis autores. **Impulso**, 21(52), 2011, p. 87-98.

AULAGNIER, P. (1976). O direito ao segredo: condição para poder pensar In: **Um intérprete em busca de sentido – I**. São Paulo: Escuta, 1990, p. 257-279.

BALINT, A. (1939). Love for the mother and mother love In: BALINT, M. **Primary love and psychoanalytic technique**. London, Karnac Books, 1985, p. 91-108.

BALINT, M. (1968). **A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. The three areas of the mind. **The International Journal of Psycho-Analysis**, 39(5), 1958, p. 328-340.

BARANDE, R. Essai métapsychologique sur le silence: de l'objet total phallique dans la Clinique du silence. *Revue Française de Psychanalyse*, 28(1), 1963, p. 177-220.

BETTELHEIM, B. (1967). **A fortaleza vazia**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

BEZERRA JR., B. Winnicott e Merleau-Ponty: o *continuum* da experiência subjetiva In: BEZERRA JR., B.; ORTEGA, F. **Winnicott e seus interlocutores**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2007, p. 35-65.

BICK, E. (1962) Child analysis today In: BRIGGS, A. (ed.). **Surviving space: papers on infant observation**. London: The Tavistock Clinic Series, 2002, p. 27-36.

_____. (1964). Notes on infant observation in psycho-analytic training In: BRIGGS, A. (ed.). **Surviving space: papers on infant observation**. London: The Tavistock Clinic Series, 2002, p. 37-54.

_____. (1968). The experience of skin in early object relations In: BRIGGS, A. (ed.). **Surviving space: papers on infant observation**. London: The Tavistock Clinic Series, 2002, p. 55-59.

_____. (1986). Further considerations on the function of the skin in early object relations In: BRIGGS, A. (ed.). **Surviving space: papers on infant observation**. London: The Tavistock Clinic Series, 2002, p. 27-36.

BION, W. R. (1967). **Estudos psicanalíticos revisitados (*Second Thoughts*)**. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

_____. (1962). **Learning from experience**. London: Karnac Books, 1984.

BLASS, R. B. On Winnicott's clinical innovations in the analysis of adults: introduction to a controversy. **The International Journal of Psychoanalysis**, 93, 2012, p. 1439-1448.

BOLLAS, C. (1987). **A sombra do objeto: psicanálise do conhecido não-pensado**. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

_____. La langue secret de la mère et de l'enfant. **Nouvelle Revue de Psychanalyse (Dossier: Du Secret)**, 14, 1976, p. 241-246.

BOLOGNINI, S. **A empatia psicanalítica**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2008.

BONAMINIO, V. On Winnicott's clinical innovations in the analysis of adults. **The International Journal of Psychoanalysis**, 93(6), 2012, p. 1475-1485.

_____. **Nas margens de mundos infinitos... A presença do analista no espaço transicional em uma perspectiva contemporânea do pensamento de Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 2011.

_____. De Winnicott a Winnicott: algumas notas sobre defesa maníaca, retraimento, regressão e interpretações em Explorações Psicanalítica de D. W. Winnicott. **Winnicott E-Prints**, 2(2), 2007, p. 1-20.

BORGOGNO, F. Ferenczi e Winnicott: contatos (de almas) próximos. **Psicanálise – Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre**, 6(2), 2004, p. 283-297.

BOUCHARD, C. Processus analytique et insaisissable perlaboration. **Revue Française de Psychanalyse – L'élaboration Psychique**, LXIV(4), 2000, p. 1077-1092.

BOYSSON-BARDIES, B. O papel da prosódia na emergência da linguagem como estrutura intencional dentro e a partir de uma estrutura lógica In: SOULÉ, M.; CYRULNIK, B. (orgs.). **A inteligência anterior à palavra: novos enfoques sobre o bebê**. Porto Alegre: Artmed, 1999, p. 17-24.

BRIGGS, A. (ed.). **Surviving space: papers on infant observation**. London: The Tavistock Clinic Series, 2002.

CHATELLIER, A. M. Observação e psicanálise In: LACROIX, M-B. & MONMAYRANT, M. (orgs.). **A observação de bebês: os laços do encantamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 49-55.

CHAZAN, L. K. "O aparelho é como um automóvel; a pista é a paciente". Para além do ensino de tecnologia no pré-natal. **Physis**, 21(2), 2011, p. 601-627.

_____. 'É... tá grávida mesmo! E ele é lindo!' A construção de 'verdades' na ultrasonografia obstétrica. **História, Ciências e Saúde-Manguinhos**, 15(1), 2008, p. 99-116.

_____. **Pessoa fetal mediada pela ultrassonografia: um estudo etnográfico em clínicas de imagem na cidade do Rio de Janeiro**. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social da UERJ, 2005.

_____. **Fetos, máquinas e subjetividade: um estudo sobre a construção social do feto como pessoa através da tecnologia de imagem**. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social da UFRJ, 2000.

COELHO JR., N. Intersubjetividade e corporeidade: dimensões da clínica psicanalítica In: COELHO JR., Nelson; SALÉM, P. e KLAUTAU, P. (orgs.). **Dimensões da intersubjetividade**. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2012, p. 71-88.

_____. Formas de comunicação e intersubjetividade em psicanálise In: FIGUEIREDO, L. C. e COELHO JR., N. **Ética e técnica em psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2008, p. 123-141.

COELHO JR., N.; FIGUEIREDO, L. C.. Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade In: COELHO JR., N.; SALÉM, P. e KLAUTAU, P. (orgs.). **Dimensões da intersubjetividade**. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2012, p. 19-35.

COELHO JR., N.; BARONE, K. C. A importância da teoria de Winnicott sobre a comunicação para a construção do significado ético na psicanálise. **Revista Brasileira de Psicanálise**, 41(3), 2007, p. 88-100.

COELHO JR., N; SALÉM, P. e KLAUTAU, P. (orgs.). **Dimensões da intersubjetividade**. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2012.

COHN, J. E. & TRONICK, E. Z. Mother-infant face-to-face interaction: the sequence of dyadic state at 3, 6, and 9 months. **Development Psychology**, 1987, 23(1), p. 68-77.

COBLENCÉ, F. La vie d'âme: Psyché est corporelle, n'en sait rien. **Revue Française de Psychanalyse**, 74(5), 2010, p. 1285-1356.

COSTA, J. F. O self e a interioridade In: **O risco de cada um: e outros ensaios de psicanálise e cultura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007, p. 39-58.

_____. **O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004a.

_____. O uso perverso da imagem corporal. **Cadernos de Psicanálise do CPRJ**, 17(26), p.91-108, 2004b.

_____. **Sem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

_____. Uma fonte de água pura In: PINHEIRO, T. **Ferenczi: do grito à palavra**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed./ Ed. UFRJ, 1995a, p. 9-17.

_____. **A face e o verso: estudos sobre o homoerotismo II**. São Paulo: Escuta, 1995b.

_____. **A inocência e o vício: estudos sobre o homoerotismo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

DELEUZE, G. (1973) Pensamento nômade In: **A ilha deserta: e outros textos**. São Paulo: Iluminuras, 2006, p. 319-329.

_____. **Lógica do sentido**. São Paulo: Perspectiva, 1982.

DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. São Paulo: DWW Editorial, 2012.

_____. **Sobre a confiabilidade e outros estudos**. São Paulo: DWW Editorial, 2011.

_____. **A teoria das psicoses em D. W. Winnicott**. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, PUC/São Paulo, 1998.

DUNLEY, G. **O silêncio da Acrópole**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

EIGEN, M. On Winnicott's clinical innovations in the analysis of adults. **The International Journal of Psychoanalysis**, 93, 2012, p. 1449-1459.

FERENCZI, S. (1934). Reflexões sobre o trauma In: **Psicanálise IV**. Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. (1933). Confusão de língua entre os adultos e as crianças (a linguagem da ternura e da paixão) In: **Escritos Psicanalíticos (1909-1933)**. Rio de Janeiro: Taurus Ed., 1988.

_____. (1932c). Ainda sobre a técnica do silêncio In: **Psicanálise IV**. Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. (1932b). A técnica do silêncio In: **Psicanálise IV**. Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. (1932a). **Diário Clínico**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

_____. (1931). Análise de crianças com adultos In: **Psicanálise IV**. Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. (1930b). O tratamento psicanalítico do caráter In: **Psicanálise IV**. Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. (1930a). Princípio de relaxamento e neocartase In: **Psicanálise IV**. Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. (1928). Elasticidade da técnica psicanalítica In: **Psicanálise IV**. Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. (1927). O problema do fim de análise In: **Psicanálise IV**. Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. (1926). Contraindicações da técnica ativa In: **Escritos Psicanalíticos (1909-1933)**. Rio de Janeiro: Taurus Ed., 1988.

_____. (1924b). Perspectivas da psicanálise (sobre a interdependência da teoria e da prática) In: **Escritos Psicanalíticos (1909-1933)**. Rio de Janeiro: Taurus Ed., 1988.

_____. (1924a). Os fantasmas provocados (atividade na técnica da associação) In: **Escritos Psicanalíticos (1909-1933)**. Rio de Janeiro: Taurus Ed., 1988.

_____. (1921). Prolongamento da “técnica ativa” em psicanálise In: **Escritos Psicanalíticos (1909-1933)**. Rio de Janeiro: Taurus Ed., 1988.

_____. (1919). A técnica psicanalítica In: **Psicanálise II**. Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. (1916-1917). O silêncio é de ouro In: **Psicanálise II**. Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. (1914). Quando o paciente adormece durante a sessão de análise In: **Psicanálise II**. Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. (1912). Sintomas transitórios no decorrer de uma psicanálise. In: **Psicanálise I**. Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. (1911). Palavras obscenas: contribuição para a psicologia do período de latência In: **Psicanálise I**. Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

_____. (1909). Transferência e introjeção. In: **Psicanálise I**. Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

FERGUSON, C. A. Baby talk in six languages. **American Anthropologist**, 66(6), 1964, p. 103-114.

FERNALD, A. & MAZZIE, C. Prosody and focus in speech to infants and adults. **Developmental Psychology**, 27(2), 1991, p. 209-221.

FERNALD, A. & SIMON, T. Expanded intonation contours in mother’s speech to newborns. **Development Psychology**, 1984, 20(1), p. 104-113.

FERNALD, A. Four-month-old infants prefer to listen to motherese. **Infant Behavior & Development**, 1985, 8(2), 181-195.

FERNALD, A. Human maternal vocalizations to infants as biologically relevant signals: An evolutionary perspective. In: BARKOW, J. H.; COSMIDES, L. & TOOBY, J. (Eds.), **The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture**. New York: Oxford University Press, 1992, p. 391-428.

FERNALD, A. Intonation and communicative intent in mother’s speech to infants: is melody the message? **Child Development**, 1989, 60(6), 1497-1510.

FERNALD, A., & MAZZIE, C. Prosody and focus in speech to infants and adults. **Developmental Psychology**, 1991, 27(2), 209-221.

FERNALD, A.; TAESCHNER, T.; DUNN, J.; PAPOUSEK, M & DE BOYSSON-BARDIES, B. A cross-language-study of prosodic modification in mother’s and father’s speech to preverbal infants. **Journal of Child Language**, 1989, 16(3), p. 477-501.

FIGUEIREDO, L. C. A lógica paradoxal na teoria e na prática da psicanálise: ressonâncias In: SUCAR, I. **Winnicott: Ressonâncias**. São Paulo: Primavera Editorial/Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, 2011, p. 219-229.

_____. A metapsicologia do cuidado. **Psychê**, 9(21), 2007, p. 13-30.

_____. A tradição ferencziana de Donald Winnicott: apontamentos sobre regressão e regressão terapêutica. **Revista Brasileira de Psicanálise**, 36(4), 2002, p. 909-927.

FLIESS, R. (1949). Silêncio e verbalização: um suplemento à teoria da “regra analítica” In: NASIO, J. –D. (org.). **O silêncio na psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010, p. 59-80.

_____. Countertransference and counteridentification. **Journal of Psychoanalytic Association**, N. 1, 1953, p. 268-285.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FREUD, S. e BREUR, J. (1893-1895). Estudos sobre a histeria: Casos Clínicos. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. II.

FREUD, S.; BREUR, J. (1893). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. II.

FREUD, S. (1950 [1892-1899]). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess – Rascunho H: Paranoia (24 de Janeiro de 1895). **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. I.

_____. (1941 [1938]). Achados, ideias, problemas. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, XXIII.

_____. (1940[1938]). Esboço de Psicanálise. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XXIII.

_____. (1937b). Construções em análise. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XXIII.

_____. (1937a). Análise terminável e interminável. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XXIII.

_____. (1936). Um distúrbio de memória na Acrópole. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XXII.

_____. (1930[1929]). O mal-estar na civilização. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XXI.

_____. (1926[1925]). Inibições, sintomas e ansiedade. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XX.

_____. (1926). O valor da vida [uma entrevista rara com Freud]. **Jornal da Brasileira**, 13(02), Novembro de 2009, p. 9. (Publicado originalmente no Journal of Psychology, Número Especial, Psychoanalysis and the Future, Nova Iorque, 1957).

_____. (1922). Sonhos e telepatia. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XVIII.

_____. (1920). Além do princípio do prazer. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XVIII.

_____. (1919). O Estranho. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XVII.

_____. (1918[1914]). História de uma neurose infantil. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XVII.

_____. (1917b). As transformações do instinto exemplificados no erotismo anal. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XVII.

_____. (1917a [1916-1917]). Conferências introdutórias sobre psicanálise: Conferência XXVIII – Transferência. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XVI.

_____. (1916). Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XIV.

_____. (1915c[1914]). Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XII.

_____. (1915b). Recalque. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XIV.

_____. (1915a). O inconsciente. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XIV.

_____. (1914). Recordar, repetir, elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XII.

_____. (1913b). O interesse científico da psicanálise. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XIII.

_____. (1913a). Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XII.

_____. (1912b). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XII.

_____. (1912a). A dinâmica da transferência. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XII.

_____. (1911b). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides). **Edição Standart Brasileira das Obras**

Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XII.

_____. (1911a). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XII.

_____. (1910). A significação antitética das palavras primitivas. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XI.

_____. (1909). Notas sobre um caso de neurose obsessiva. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. X.

_____. (1908). Caráter e erotismo anal. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. IX.

_____. (1905b). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. VII.

_____. (1905a[1901]). Fragmento da análise de um caso de histeria. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. VII.

_____. (1901). Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. VI.

_____. (1900-1901). A interpretação dos sonhos. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. IV e V.

_____. (1899). Lembranças encobridoras. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. III.

_____. (1898). O mecanismo psíquico do esquecimento. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. III.

_____. (1895[1950]). Projeto para uma psicologia científica. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. II.

_____. (1894). As neuropsicoses de defesa. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. III.

_____. (1892-1893). Um caso de cura pelo hipnotismo. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. I.

_____. (1891). **Sobre a concepção das afasias.** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

GALLAGHER, S. Body image and body schema: a conceptual classification. **Journal of Mind and Behaviour**, n. 7, 1986, p. 541-554.

GARCIA, C. A.; CARDOSO, M. R. **Limites da clínica, clínica dos limites**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2011.

GARCIA-ROZA, L. A. **Introdução à metapsicologia freudiana 1: Sobre as Afasias e O Projeto de 1895**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

_____. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

GAY, P. **Freud: uma vida para o nosso tempo**. São Paulo: Cia das Letras, 1989.

GIRARD, C. Le secret aux origines. **Nouvelle Revue de Psychanalyse (Dossier: Du Secret)**, 14, 1976, p. 55-83.

GOLDSTEIN, A. G. and MACKENBERG, E. J. Recognition of human faces from isolated facial features: a developmental study. **Psychonomic Science**, 1966, 6(4), p. 149-150.

GOLDSTEIN, R. Z. El creador literário – el pensar paradójico y el fantaseo In: SUCAR, I. **Winnicott: Ressonâncias**. São Paulo: Primavera Editorial/Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, 2011, p. 197-200.

GOLSE, B. O início do pensamento ou o homem descende do signo? In: SOULÉ, M.; CYRULNIK, B. (orgs.). **A inteligência anterior à palavra: novos enfoques sobre o bebê**. Porto Alegre: Artmed, 1999, p. 69-87.

GONDAR, J. Winnicott, Bergson, Lacan: tempo e psicanálise. **Ágora**, 9(1), 2006, p. 103-117.

GRAÑA, R. B. **Origens de Winnicott: ascendentes psicanalíticos e filosóficos de um pensamento original**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007b.

_____. Lacan com Winnicott: sobre espelhos, especularidade e subjetivação. **Psicanálise – Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre**, 9(2), 2007a, p. 515-541.

_____. **Lacan com Winnicott: espelhamento e subjetivação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011a.

_____. Donald W. Winnicott e Maurice Merleau-Ponty: pensando a psicanálise sob o signo da fenomenologia. **Revista Brasileira de Psicanálise**, 36(4), 2002, p. 929-947.

_____. As obras do espelho: mutualidade, comunicação silenciosa e identificações cruzadas In: SUCAR, I. **Winnicott: ressonâncias**. São Paulo: Primavera Editorial/Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, 2011, p. 153-165.

GREEN A. Travail psychique et travail de la pensée. **Revue Française de Psychanalyse**, 46(2), 1982, p. 419-427.

_____. O Winnicott póstumo: sobre a Natureza Humana In: ABRAM, J. (org.). **André Green e a Fundação Squiggle**. São Paulo: Roca, 2003a, p. 55-67.

_____. **O trabalho do negativo**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

_____. O silêncio do psicanalista. **Psychê**, Ano VIII, 14, 2004, p. 13-38.

_____. La double limite. **Nouvelle Revue de Psychanalyse (Le trouble de pensée)**, 25, 1982, p. 267-283.

_____. A mãe morta In: **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo: Escuta, 1988, p. 239-273.

_____. A intuição do negativo em “O brincar e a realidade” In: ABRAM, J. (org.). **André Green e a Fundação Squiggle**. São Paulo: Roca, 2003b, p. 69-86.

_____. (1974). O outro e a experiência de *self* In: KHAN, M.M.R. **Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1977.

_____. (1930). **La folie privée**. Paris: Gallimard, 1990.

GREENMAN, G. W. Visual behavior of newborn infants In: SOLNIT, A. & PROVENCE, S. (eds.) **Child Development in Modern Perspectives**. International University Press, New York, 1963.

GROTSTEIN, J. S. **Um facho de intensa escuridão: O legado de Wilfred Bion à Psicanálise**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GUNTRIP, H. (1975). Minha experiência de análise com Fairbairn e Winnicott: quão completo é o resultado atingido por uma terapia psicanalítica? **Natureza Humana**, 8(2), jul-dez 2006, p. 383-411.

HOUSEL, D. Observação de bebês e psicanálise, ponto de vista epistemológico In: LACROIX, M-B & MONMAYRANT, M. (orgs.). **A observação de bebês: os laços do encantamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997a, 87-94.

_____. Uma aplicação terapêutica da observação dos lactentes In: LACROIX, M-B. & MONMAYRANT, M. (orgs.). **A observação de bebês: os laços do encantamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997b, p. 193-207.

JONES, E. (1926). Introdução In: ABRAHAM, K. **Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido**. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

_____. Anal-erotic character traits. **The Journal of Abnormal Psychology**, V. 13(5), 1918, p. 261-284.

KAPLAN, P. S., BACHOROWSKI, J.-A., SMOSKI, M. J., & HUDENKO, W. J. Infants of depressed mothers, although competent learners, fail to learn in response to their own mothers' infant-directed speech. **Psychological Science**, 2002, 13(3), 268-271.

KAPLAN, P. S., JUNG, P. C., RYTHUR, J. S., & ZARLENGO-STROUSE, P. Infant-directed versus adult-directed speech as signals for faces. **Developmental Psychology**, 1996, 32(5), 880-891.

KAYE, K. & FOGEL, A. The temporal structure of face-to-face communication between mothers and infant. **Developmental Psychology**, 1980, 16(5), p. 454-464.

KEMLER NELSON, D. G., HIRSH-PASEK, K., JUSCZYK, P. W., & CASSIDY, K. W. How the prosodic cues in motherese might assist language learning. **Journal of Child Language**, 1989, 16 (1), 55-68.

KEMPE, V., SCHAEFFLER, S. & THORESEN, J. C. Prosodic disambiguation in child-directed speech. **Journal of Memory and Language**, 2010, 62(2), 204-225.

KHAN M. M. R. **Hidden selves: between theory and practice in psychoanalysis**. London: Maresfield Library, 1989.

_____. **Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

_____. Trictrac: d'un secret l'autre. **Nouvelle Revue de Psychanalyse (Dossier: Du Secret)**, 14, 1976, p. 231-239.

_____. L'espace du secret. **Nouvelle Revue de Psychanalyse – Le dehors et le dedans**, 09, 1974, p. 45-56.

_____. (1972). Introdução In: WINNICOTT, D. W. **Holding e interpretação**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

_____. (1971). “Ouvir com os olhos”: notas clínicas sobre o corpo como sujeito e objeto In: **Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977, p. 285-304.

_____. (1969). Vicissitudes do ser, do conhecer e do experimentar na situação terapêutica In: **Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977, p. 247-265.

_____. (1963). Silêncio como comunicação In: **Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977, p. 205-219.

_____. (1960). Regressão e integração no setting analítico. Ensaio clínico sobre os aspectos transferenciais desses fenômenos In: **Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977, p. 169-203.

KIRSHNER, L. A. (ed.) **Between Winnicott and Lacan: a clinical engagement**. New York: Routledge, 2011.

KIRSHNER, L. Perlaboration et enactment dans les cas difficiles. **Revue Française de Psychanalyse – L'élaboration Psychique**, 64(4), 2000, p. 1159-1163.

KLAUTAU, P. Winnicott e Lacan: a importância do conceito do objeto transicional na formulação do objeto *a*. In: BEZERRA JR., B.; ORTEGA, F. **Winnicott e seus interlocutores**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2007, p. 269-287.

_____. **Encontros e desencontros entre Winnicott e Lacan**. São Paulo: Escuta, 2002.

LACAN, J. (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu In: **Escritos**. São Paulo: Perspectiva, 1998, p. 96-103.

LACROIX, M-B. & MONMAYRANT, M. (orgs.). **A observação de bebês: os laços do encantamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J. –B. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

LAZNIK, M-C. A voz como primeiro objeto da pulsão oral. **Estilos da Clínica**, 5(8), 2000, p. 80-93.

LE BRETON, David. **Do Silêncio**. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

LEJARRAGA, A. L. **O amor em Winnicott**. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

LITTLE, M. **Ansiedades psicóticas e prevenção: registro pessoal de uma análise com Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

_____. Countertransference and the patient's response to it. **International Journal of Psychoanalysis**, 32, 1951, p. 32-40.

LOMBARD, P. La parole est d'argent, le silence est d'or. **Revue Française de Psychanalyse**, 66(2), 1982, p. 343-346.

LOPARIC, Z. O "animal humano". **Natureza Humana**, 2(2), 2000, p.351-397.

_____. É dizível o inconsciente? **Natureza Humana**, 1(2), 1999, p. 323-385.

MAGAGNA, J. O diálogo entre a mãe e seu bebê In: LACROIX, M-B. & MONMAYRANT, M. (orgs.). **A observação de bebês: os laços do encantamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 45-48.

MELTZER, D. Looping e "impasse mortal" In: LACROIX, M-B. & MONMAYRANT, M. (orgs.). **A observação de bebês: os laços do encantamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 41-44.

MEZAN, R. O inconsciente segundo Karl Abraham In: **Interfaces da psicanálise**. São Paulo: Cia das Letras, 2002.

NAFFAH NETO, A. O Caso Margaret Little: Winnicott e as bordas da psicanálise. **Jornal de Psicanálise**, 41(75), dez. 2008, p. 107-121.

NAFFAH NETO, A. Sobre a elaboração imaginativa das funções corporais: corpo e intersubjetividade na constituição do psiquismo In: COELHO JÚNIOR, N.; SALÉM, P. e KLAUTAU, P. (orgs.). **Dimensões da intersubjetividade**. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2012, p. 39-56.

NEGRI, R. Observação da vida fetal In: LACROIX, M-B. & MONMAYRANT, M. (orgs.). **A observação de bebês: os laços do encantamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 113-129.

OGDEN, T. H. The mother, the infant and the matrix: interpretations of aspects of the work of Donald Winnicott In: ABRAM, J. (ed.). **Donald Winnicott today**. London and New York: Routledge/The New Library of Psychoanalysis, 2013a, p. 46-72.

_____. Reading Winnicott In: ABRAM, J. (ed.). **Donald Winnicott today**. London and New York: Routledge/The New Library of Psychoanalysis, 2013b, p. 213-234.

_____. **Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____. **Conversation at the frontier of dreaming**. Northvale, New Jersey: Jason Aronson, 2001.

_____. **Reverie and interpretation: sensing something human**. London: Karnac, 1999.

_____. **Os sujeitos da psicanálise**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1996.

_____. **The matrix of the mind: object relations and the psychoanalytic dialogue**. New York/London: Karnac Books/Maresfield Library, 1992.

OLIVEIRA, D. C. Silêncios: resistência e perlaboração, regressão e repouso. **Cadernos de Psicanálise do CPRJ**, 31(22), 2009, p. 117-138.

OSTER, H. Facial expression and affect development In: LEWIS, M. & ROSENBLUM, L. A. (Eds.) **The origins of behavior: affect development**. New York: Plenum Press, 1978.

PEIXOTO JR, C. A. e ARÁN, M.. O lugar da experiência afetiva na gênese dos processos de subjetivação. **Psicologia USP**, 22(4), 2011, p. 725-745.

PEIXOTO JR., C. A. Sobre a importância do corpo para a continuidade do ser. **Revista Mal-Estar e Cultura**, 8(4), 2008, p. 927-958.

_____. As relações objetais primárias no contexto da falha básica. **Natureza Humana**, 6(2), jul-dez, 2004, p. 235-253.

PELLEGRINO, M C. O silêncio do analista In: BIRMAN, J. e DAMIÃO, M. M. (orgs.). **Psicanálise: ofício impossível?** Rio de Janeiro: Campus, 1991.

_____. Silêncio, silêncios In: BIRMAN, J. (org.). **Percursos na história da psicanálise**. Rio de Janeiro: Taurus, 1988, p. 175-198.

PEREZ-SANCHEZ, M. A observação de bebês, segundo Esther Bick, uma pauta musical In: LACROIX, M-B. & MONMAYRANT, M. (orgs.). **A observação de bebês: os laços do encantamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997a, p. 57-60.

PEREZ-SANCHEZ, M. A pele diferente: o pretexto de uma diferença para pensar o nascimento In: LACROIX, M-B. & MONMAYRANT, M. (orgs.). **A observação de bebês: os laços do encantamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997b, p. 95-103.

PHILLIPS, A. **Winnicott**. Aparecida/SP: Ideias e Letras, 2006.

PINHEIRO, T. **Ferenczi: do grito à palavra**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed./Ed. UFRJ, 1995.

PIONTELLI, A. **De feto a criança: um estudo observacional e psicanalítico**. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

_____. (1986). **Backwards in time: a study in infant observation by the method of Esther Bick**. London: The Clunie Press/Karnac, 2004.

RABAIN, J.-F. L'empathie maternelle de Winnicott. **Revue Française de Psychanalyse**, 68(3), 2004, p. 811-829.

RACHE, E. O fio de Ariadne: de Winnicott a Ferenczi. **Psicanálise – Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre**, 7(1), 2005, p. 41-60.

RANK, O. (1924). **O traumatismo do nascimento: influência da vida pre-natal sobre a evolução da vida psíquica individual e coletiva**. Rio de Janeiro: Mariza Ed., 1934.

REIK, T. (1926). No início é o silêncio In: NASIO, J. –D. **O silêncio na psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010, p. 17-23.

ROBSON, K. S. The role of eye-to-eye contact in maternal-infant attachment. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 8, p. 13-25, 1967.

ROCHA, P. S. Algumas considerações sobre a constituição psíquica. **Psicologia Argumento**, 28(61), 2010, p. 167-174.

ROCHAT, P. Subjetividade e intersubjetividade no desenvolvimento infantil In: COELHO JR., N.; SALÉM, P. e KLAUTAU, P. (orgs.). **Dimensões da intersubjetividade**. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2012, p.149-164.

_____. **Other in mind: social origins of self-consciousness**. New York: Cambridge University Press, 2009.

_____. **The infant's world**. Cambridge, Massachusetts/London: Harvard University Press, 2004.

RODMAN, F. R. **Winnicott: life and work**. Cambridge, MA: Da Capo Press/London: Karnac, 2003.

ROUSSILLON, R. As condições da exploração psicanalítica das problemáticas narcísico-identitárias. **Alter – Revista de Estudos Psicanalíticos**, 30(1), 2012, p. 7-32.

_____. **Primitive agony and symbolization**. London: Karnac Books, 2011.

_____. **Paradoxos e situações limites da psicanálise**. São Leopoldo/RS: Editora Unisinos, 2006.

RYLE, G. **On thinking**. London: Basil Blackwell, 1979.

_____. **The concept of mind**. New York/Melbourne-Sidney. Hutchinson's University Library, 1951.

SACKS, O. What it's like to be a child (review of *The Spontaneous Gesture: Selected Letters of D.W. Winnicott*, edited by F. Robert Rodman; and *Holding and Interpretation: Fragment of an Analysis*, by D.W. Winnicott). **The New York Times Book Review**, May 24, 1987, p. 19-21.

SAFRA, G. **A face estética do self: teoria e técnica**. Aparecida/SP; Ideias & Letras; São Paulo: Unimarco Editora, 2005.

_____. A vassoura e o divã. **Percursos**, 17(9), 1996, p. 69-74.

SHRIVER, L. **Precisamos falar sobre o Kevin**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2007.

SHUSTERMAN, R. The silent, limping body of philosophy In: CARMAN, T.; HANSEN, M. B. N. (eds.) **The Cambridge Companion to Merleau-Ponty**. Cambridge/UK: Cambridge University Press, 2007.

SILVA, S. G. A Gênese Cerebral da Imagem Corporal. **Physis**, 23(1), p. 167-195, 2013.

_____. As Modificações Corporais na Sociedade Contemporânea. **Cadernos de Psicanálise do CPRJ**, 33(25), 2011a, p. 239-257.

_____. Oliver Sacks e a “neurofenomenologia do self”. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 14 (3), p. 452-471, 2011b.

SOCHA, A. A função especular da voz materna e suas referências ao psiquismo e à constituição do si mesmo. **Winnicott e-prints**, Série 2, 3(1/2), 2008, p. 1-12.

SPITZ, R. (1957) **O não e o sim: a gênese da comunicação humana**. São Paulo: Martins Fontes, 1978.

STERN, D. N. One way to build a clinically relevant baby. **Infant Mental Health Journal**, 1994, 15(1), p. 9-25.

- _____. **O mundo interpessoal do bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- _____. **Diário de um bebê: o que seu filho vê, sente e vivencia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- _____. (1977) **The first relationship: infant and mother**. Cambridge-Massachusetts/London-England: Harvard University Press, 2002.
- _____. Mother and infant at play: the dyadic interaction involving facial, vocal and gaze behaviors In: LEWIS, M. & ROSENBLUM, L. A. **The effect of the infant on its caregiver**. New York: Wiley, 1974.
- STERN, D. N., SPIEKER, S., BARNETT, R. K., & MACKAIN, K. The prosody of maternal speech: Infant age and context related changes. **Journal of Child Language**, 1983, 10(1), 1-15.
- STERN, D. N.; HOFER, L.; HAFT, W & DORE, J. Affect attunement: the sharing of feeling states between mother and infant by means of inter-modal fluency In: Field, T. & Fox, N. (eds.) **Social perception in infancy**. Norwood, NJ: Ablex, 1984.
- STERN, D. N.; SPIEKER, S.; MACKRAIN, K. Intonation contours as signal in maternal speech to prelinguistic infants. **Developmental Psychology**, 18(5), 1982, p. 727-635
- SYMINGTON, J. A observação do latente In: LACROIX, M-B. & MONMAYRANT, M. (orgs.). **A observação de bebês: os laços do encantamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 17-32.
- TANIS, B. Presença do paradoxo na construção de vínculos: clínica, alteridade e cultura In: In: SUCAR, I. **Winnicott: Ressonâncias**. São Paulo: Primavera Editorial/Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, 2011, p. 201-217.
- THOMAS, M.-C. As formas do silêncio no esquecimento de Signorelli In: NASIO, J.-D. **O silêncio na psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010, p. 83-93.
- TOLEDO, S. Diálogoônico: a silenciosa comunicação mãe-bebê. **Caderno de Psicanálise do CPRJ**, 22, 2009, p. 193-205.
- TONKOVA-YAMPOL'SKAYA, R. V. Development of speech intonation in infants during the first two years of life In: FERGUSON, L. A. & SLOBIN, D. I. (eds.) **Studies of child language development**. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1973.
- TRONICK, E. Z. & COHN, J. Infant-mother face-to-face interaction: age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. **Child Development**, 1989, 60(1), p. 85-92.
- TRONICK, E. Z. et al. The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. **Journal of American Academy of Child Psychiatry**, 1978, 17(1), 1-13.
- TRONICK, E. Z.; ALS, H & ADAMSON, L. Structure of early face-to-face communicative interaction In: BULLOWA, M. (ed.). **Before Speech: The Beginnings of Human Communication**. Cambridge: Cambridge University Press, 1979, p. 349-373.
- VAISBERG, T. M. J. A. Paradoxo e loucura: a radicalidade do pensamento psicopatológico de D. W. Winnicott In: SUCAR, I. **Winnicott: Ressonâncias**.

São Paulo: Primavera Editorial/Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, 2011, p. 231-238.

WEINBERG, K. M. & TRONICK, E. Z. Beyond the face: an empirical study of infant affective configurations of facial, vocal, gestural and regulatory behaviors. **Child Development**, 1994, 65, p. 1495-1507.

WEINBERGER, Jérôme L. Une triade du silence: silence, masochisme et depression. **Revue Française de Psychanalyse**. 29(2-3), 1965, p. 257-269.

WERKER, J. F., FENNELL, C. T., CORCORAN, K. M., & STAGER, C. L. Infants' ability to learn phonetically similar words: Effects of age and vocabulary size. **Infancy**, 2002, 3(1), 1-30.

WINNICOTT D. W. **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

_____. **O gesto espontâneo**. São Paulo: Martins Fontes, 1990b.

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

_____. **Conversando com os pais**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. (1987). **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. (1972). **Holding e interpretação**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

_____. (1971a). **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. (1970f) A dependência nos cuidados infantis In: **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006, p. 73-78.

_____. (1970e). Vivendo de modo criativo In: **Tudo Começa em Casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 23-39.

_____. (1970d). Sobre as bases para o self no corpo In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 203-218.

_____. (1970c). Individuação In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 219-222.

_____. (1969f). A construção da confiança In: **Conversando com os pais**. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 139-152.

_____. (1969d). O uso de um objeto e relacionamento através de identificações In: **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975, p. 121- 131.

_____. (1969e) A construção da confiança In: **Conversando com os pais**. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 139-152.

_____. (1969a). A experiência mãe-bebê de mutualidade In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 195-202.

_____. (1969b) Desenvolvimento do tema do inconsciente da mãe, tal como descoberto na prática psicanalítica In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 192-194.

_____. (1968i). O uso da palavra In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 181-183.

_____. (1968h) Recusa a dormir nas crianças In: **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artmed, 1997, p. 61-62.

- _____. (1968g). A amamentação como forma de comunicação In: **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006, p. 19-27.
- _____. (1968f) A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências In: **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006, p. 79-92.
- _____. (1968e) “Sum: Eu sou” In: **Tudo Começa em Casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 41-51.
- _____. (1968d). O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 171-177.
- _____. (1968c). O pensar e a formação de símbolos In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 167-169.
- _____. (1968b). O aprendizado infantil In: **Tudo Começa em Casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 137-144.
- _____. (1968a). A interpretação na psicanálise In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 163-166.
- _____. (1967m). A influência do desenvolvimento emocional sobre os problemas de alimentação In: **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artmed, 1997, p. 59-60.
- _____. (1967l). Adendo à localização da experiência cultural In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 157-159.
- _____. (1967j). Mirror-role of Mother and Family in Child Development In: **Playing and reality**. Rio de Janeiro: Imago, 1971, p.111-118.
- _____. (1967i). O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil In: **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975, p.153-162.
- _____. (1967h). The location of cultural experience In: **Playing and reality**. Rio de Janeiro: Imago, 1971.
- _____. (1967g). A localização da experiência cultural In: **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975, p.133-143.
- _____. (1967f). Notas preliminares para “Comunicação entre a criança e a mãe e a mãe e a criança, comparada e contrastada” In: **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006, p. 94-96.
- _____. (1967e). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 151-156.
- _____. (1967d). O conceito de indivíduo saudável In: **Tudo Começa em Casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 3-22.
- _____. (1967c) A etiologia da esquizofrenia infantil em termos do fracasso adaptativo. In: **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artmed, 1997, p. 193-196.
- _____. (1967b). A delinquência como sinal de esperança In: **Tudo Começa em Casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 81-91.

- _____. (1967a). A etiologia da esquizofrenia infantil em termos do fracasso adaptativo In: **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artmed, 1997, p. 193-196.
- _____. (1967-1968). O ambiente saudável na infância In: **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006, p. 51-59.
- _____. (1966e). Sobre os elementos masculinos e femininos ex-cindidos [*Split off*] – Os elementos masculinos e femininos ex-cindidos encontrados em homens e mulheres In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 133-150.
- _____. (1966d). Autismo In: **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artmed, 1997, p. 179-192.
- _____. (1966c) As origens do indivíduo In: **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006, p. 43-49.
- _____. (1966b) A mãe dedicada comum In: **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006, p. 1-11.
- _____. (1965h). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 102-115.
- _____. (1965g). Um caso de psiquiatria infantil que ilustra a reação retardada à perda In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 2260-282.
- _____. (1965e). Notas sobre retraimento e regressão In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 116-118.
- _____. (1965b). **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
- _____. (1965a) Uma nova luz sobre o pensar infantil In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 119-123.
- _____. (1964d) O recém-nascido e sua mãe In: **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006, p. 29-42.
- _____. (1964c). Transtorno [*disorder*] psicossomático In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 82-93.
- _____. (1964b). O conceito de falso self In: **Tudo Começa em Casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 53-58.
- _____. (1964a). A importância do setting no encontro com a regressão na psicanálise In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 77-81.
- _____. (1964-1968). O jogo do rabisco [*squiggle game*] In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 230-243.
- _____. (1963i). The development of the capacity for concern In: **The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development**. London: The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis, 1972.
- _____. (1963h). Communication and not communication leading to a study of certain opposites In: **The maturational processes and the facilitating**

environment: studies in the theory of emotional development. London: The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis, 1972, p. 179-192.

_____. (1963g) O valor da depressão In: **Tudo Começa em Casa.** São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 59-68.

_____. (1963f). Duas notas sobre o uso do silêncio In: **Explorações Psicanalíticas.** Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 66-69.

_____. (1963e) O desenvolvimento da capacidade de se preocupar In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 70-78.

_____. (1963c). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 163-174.

_____. (1963b) Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 79-87.

_____. (1963a). O medo do colapso In: **Explorações Psicanalíticas.** Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 70-76.

_____. (1962f). Enfoque pessoal da contribuição kleiniana In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 156-162.

_____. (1962e). A criança de cinco anos In: **A família e o desenvolvimento individual.** São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 49-57.

_____. (1962d) Enfoque pessoal da contribuição kleiniana In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 156-162.

_____. (1962c) Provisão para a criança na saúde e na crise In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 62-69.

_____. (1962a) A integração do ego no desenvolvimento da criança In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 55-61.

_____. (1961b) Observações adicionais sobre a teoria do relacionamento parental-infantil In: **Explorações Psicanalíticas.** Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 59-61.

_____. (1961a). Notas sobre o fator tempo no tratamento In: **Pensando sobre crianças.** Porto Alegre: Artmed, 1997, p. 202-204.

_____. (1960n). Dizer “não” In: **Conversando com os pais.** São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 27-48.

_____. (1960m) Família e maturidade emocional In: **A família e o desenvolvimento individual.** São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 129-138.

_____. (1960l). Ciúme In: **Conversando com os pais.** São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 49-75.

_____. (1960k) O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê In: **A família e o desenvolvimento individual.** São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 21-28.

_____. (1960j) Segurança In: **Conversando com os pais**. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 101-107.

_____. (1960g) O que irrita? In: **Conversando com os pais**. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 77-100.

_____. (1960f) Agressão, culpa e reparação In: **Privação e Delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 153-162.

_____. (1960e) Teoria do relacionamento paterno-infantil In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 38-54.

_____. (1960d) Nota sobre o relacionamento mãe-feto In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 127-128.

_____. (1960c) Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self* In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 128-139.

_____. (1960a). Cordão: uma técnica de comunicação In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 140-144.

_____. (1959c). Consequências da psicose parental para o desenvolvimento emocional da criança In: **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 101-114.

_____. (1959b) O destino do objeto transicional In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 44-48.

_____. (1959a). Nada no centro In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 41-43.

_____. (1959-1964). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 114-127.

_____. (1958e). The capacity to be alone In: **The maturational process and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development**. London: The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis, 1972, p. 29-36.

_____. (1958d) O primeiro ano de vida: concepções modernas do desenvolvimento emocional In: **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 3-20.

_____. (1958b). A psicanálise do sentimento de culpa In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 19-30.

_____. (1958a) A capacidade de estar só In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 31-37.

_____. (1957d) Fatores de integração e desintegração na vida familiar In: **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 59-72.

- _____. (1957c). A contribuição da psicanálise à obstetrícia In: **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006, p. 61-71.
- _____. (1957a) Sobre a contribuição da observação direta da criança para a psicanálise In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 101-105.
- _____. (1956d) O que sabemos a respeito de bebês que chupam pano? In: **Conversando com os pais**. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 19-25.
- _____. (1956c) Preocupação materna primária In: **Textos Escolhidos: Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, p. 491-498.
- _____. (1954b). Retraimento e regressão In: **Textos Escolhidos: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, p. 427-435.
- _____. (1954a). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal In: **Textos Escolhidos: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, p. 437-458.
- _____. (1954-5). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* analítico In: **Textos Escolhidos: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, p. 459-481.
- _____. (1953). Objetos transicionais e fenômenos transicionais In: **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975, p. 13-44.
- _____. (1952b). Ansiedade associada à insegurança In: **Textos Escolhidos: Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, p. 205-210.
- _____. (1952a) Psicose e cuidados maternos In: **Textos Escolhidos: Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, p. 375-387.
- _____. (1951) Objetos transicionais e fenômenos transicionais In: **Textos Escolhidos: Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, p. 389-408.
- _____. (1950c) Sobre a criança carente e de como ela pode ser compensada pela perda da vida familiar In: **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 193-212.
- _____. (1950b) Crescimento e desenvolvimento na fase imatura In: **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 29-41.
- _____. (1950a). Saber e aprender In: **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006, p. 13-18.
- _____. (1950-5) Agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional In: **Textos Escolhidos: Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, p. 355-374.
- _____. (1949b) A mente e sua relação com o psique-soma In: **Textos Escolhidos: Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, p. 409-425.
- _____. (1949a) Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade In: **Textos Escolhidos: Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, p. 313-339.

_____. (1948d). A reparação em função da defesa materna organizada contra a depressão In: **Textos Escolhidos: Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, p. 197-204.

_____. (1948c) Pediatria e psiquiatria In: **Textos Escolhidos: Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, p. 287-311.

_____. (1945d). O pensar e o inconsciente In: **Tudo Começa em Casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 167-169.

_____. (1945c) Para um estudo objetivo da natureza humana In: **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artmed, 1997, p. 31-37.

_____. (1945a) Desenvolvimento emocional primitivo In: **Textos Escolhidos: Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, p. 269-285.

_____. (1941) A observação de bebês em uma situação estabelecida In: **Textos Escolhidos: Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, p. 139-164.

_____. (1939) Agressão e suas raízes In: **Privação e Delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 93-110.

_____. (1936d). A professora, os pais e o médico In: **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artmed, 1997, p. 89-100.

_____. (1936c). Higiene da criança pré-escolar In: **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artmed, 1997, p. 75-88.

_____. (1935) A defesa maníaca In: **Textos Escolhidos: Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, p. 247-267.

_____. ([1938, 1963, 1966]). Três revisões de livros sobre autismo In: **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artmed, 1997, p. 175-178.

ZELIGS, Meyer. The psychology of silence: its role in transference, countertransference and the psychoanalytic process. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, 9(1-4), 1961, p. 7-43.

ZOLTY, L. O psicanalista à escuta do silêncio In: NASIO, J. –D. **O silêncio na psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010, p. 191-196.