



Desamparo, contemporaneidade e a clínica atual: considerações

Anette Blaya Luz*, Porto Alegre

O texto busca relacionar a incapacidade de simbolizar a experiência emocional com a condição de des-amparo do bebê humano. Apresenta, brevemente, aspectos teóricos das obras de Freud, Klein, Bion e Winnicott, onde as questões referentes ao desamparo são examinadas. Propõe que a sociedade moderna não protege a relação mãe-bebê, contribuindo, portanto, para o surgimento dos distúrbios do pensamento e da capacidade simbólica e do sonhar, tão típicos das patologias que se apresentam hoje nos consultórios psicanalíticos. Uma vinheta clínica é relatada para ilustrar como o papel e os objetivos da análise podem ter se modificado nestes últimos anos, obrigando os analistas a buscarem novas alternativas de comunicação e compreensão do sofrimento mental.

Descritores: Desamparo. Experiência emocional. Simbolização. Contemporaneidade. Setting.

* Membro efetivo e analista didata da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.



O homem abandonado pelos deuses escapa totalmente à realidade e cria para si um outro mundo no qual, liberto da gravidade terrestre, pode alcançar tudo o que quiser. Se até aqui esteve privado de amor, inclusive martirizado, desprende agora um fragmento de si mesmo que, sob a forma de pessoa dispensadora de cuidados, prestimosa, cheia de solicitude e amor, na maioria das vezes maternal, sente piedade da parte restante e atormentada da pessoa, cuida dela, decide por ela, e tudo isso com extrema sabedoria e uma inteligência penetrante. Ela é a própria bondade e inteligência, um anjo da guarda, por assim dizer. Esse anjo vê desde fora a criança que sofre, ou que foi morta (portanto, ele se esgueirou para fora da pessoa durante o processo de “fragmentação”), *percorre o mundo inteiro em busca de ajuda, imagina coisas para a criança que nada pode salvar* (Ferenczi, 1934 [1932], p. 117).

Introdução

O bebê humano nasce extremamente incompleto para sobreviver no mundo extrauterino. Possivelmente seja, dentre todos os seres animais vivos, o mais despreparado de todos. Ou quem sabe seja aquele que toma real consciência desta vulnerabilidade num nível que transcende ao instintivo. Precisa de um adulto, em geral a mãe, para poder sobreviver após a cesura do nascimento. É cem por cento garantido que morrerá se não for minimamente cuidado. Muito provavelmente a pré-concepção da morte já esteja ativa dentro daquilo que será futuramente a psique humana.

Antes mesmo da cesura do nascimento, até a vida adulta e além dela, há, no âmago de cada indivíduo humano, a presença constante da angústia frente à ameaça de aniquilamento. A condição extrema de vulnerabilidade já é evidente no momento do nascimento e cada um de nós busca instintivamente, desde o nascer, os meios para sobreviver e conviver com este desamparo. A primeira mamada, o primeiro olhar, o primeiro aconchego contra o peito materno são exemplos de gestos que amenizam esta ameaça que trazemos no bojo do nosso existir e que Freud (1920) chamou de ameaça da pulsão de morte.

Buscamos então não só os meios para sobreviver, a satisfação do que Freud (1920) chamou de instintos de autoconservação, mas, apoiados nestes, também o contato íntimo com outro ser humano de quem dependemos para sobreviver e a quem devotaremos muito do nosso amor. Almejamos assim também a gratificação dos nossos impulsos sexuais, nossa necessidade de amar e de sermos amados.



Temos, portanto, desde os primórdios da vida, a alma tatuada pela marca do nosso desamparo. A solução que encontramos para fazer frente a este desamparo é a dependência de outro ser humano, nosso salvador, nossa mãe ou sua substituta. Ela é rapidamente transformada no nosso objeto de necessidade, pois nos alimenta, protege, aquece; em pouquíssimo tempo torna-se também o nosso objeto de desejo, pois rapidamente aprendemos a extrair prazer da relação com ela, com seu seio, seu abraço, seu calor, o perfume de sua pele e o espelho de seu olhar.

A mãe ou sua/seu substituta(o) e nosso vínculo com ela é a pedra fundamental, que inaugura nossa condição humana, nosso psiquismo, nossa personalidade e nossa relação com o mundo. Nossa saúde, ou nossa doença emocional, em muito depende deste vínculo, embora não exclusivamente dele. Quando, em vez de amparo, a criança depara-se com o desamparo, fica aberto o caminho para a psicopatologia, pois a personalidade que o bebê desamparado desenvolve quase nunca tem a estrutura e a solidez para dar conta das angústias da vida.

Alguns aspectos do desamparo em Freud, Klein e Winnicott, Bion e Green:

Freud (1926) deu bastante ênfase a este estado de dependência do latente, que é incapaz de satisfazer por si mesmo suas necessidades físicas e suprimir as tensões ligadas às excitações endógenas, como, por exemplo, a fome. A esta impotência do recém-nascido humano, Freud chamou de *estado de desamparo*. Esta situação originária de desamparo é descrita por Freud (1926) utilizando a palavra *Hilflosigkeit*. *Hilfe* significa ajuda, amparo, proteção. *Losig* é o sufixo usado para indicar a ausência de, ou a falta de. Portanto *Hilflosigkeit* significa a ausência de proteção ou de amparo: des-amparo em português.

A existência intrauterina do homem, comparada à da maioria dos animais, é relativamente curta, e quando ele é lançado ao mundo é menos acabado do que eles. A influência da realidade do mundo exterior é reforçada, a diferença entre o ego e o id é precocemente adquirida, os perigos do mundo exterior conseguem uma importância maior e o valor do objeto, o único que pode protegê-lo contra os perigos e substituir a vida intrauterina perdida, é enormemente engrandecido. Assim o fator biológico está na origem das primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado, que não abandonará jamais o ser humano (Freud, 1926, p. 179).

Fica evidente já em Freud (1926) que o estado de dependência do latente condiciona a onipotência da mãe, e o valor particular da experiência originária, quer dizer, da primeira experiência de satisfação. Normalmente a mãe é quem





supre as necessidades básicas com cuidados para que o bebê não sinta fome, nem frio, nem qualquer desconforto de ordem física ou emocional. A mãe (ou substituta) é tudo neste momento da vida da criança. É ela quem proporciona o que é mais indispensável para o bebê.

Quando a mãe não funciona assim, quando ela não cumpre este papel, temos o estado de desamparo que é o protótipo do que conhecemos como situação traumática. É este estado de desamparo que nos esclarece por que a experiência originária de satisfação é tão fundamental para o desenvolvimento emocional do bebê humano. Portanto, para Freud (1926), o *estado de desamparo* está diretamente vinculado ao desamparo original do bebê humano, que vem ao mundo incapaz de sobreviver sem a mãe ou alguém que exerça este papel.

Partindo de Freud (1926) e do conceito deste de pulsão de morte, Klein (1946) vai colocar ênfase na ansiedade de aniquilação do bebê frente aos objetos internos maus. Esta ansiedade, a ansiedade de aniquilamento do ego, especialmente por parte de um objeto interno mau perseguidor e retaliador, é o medo mais primitivo que o bebê humano enfrenta e deve-se ao funcionamento da pulsão de morte dentro da personalidade deste.

Quando o bebê sente internamente as pressões das necessidades físicas, como fome ou frio, por exemplo, imediatamente encontra-se à mercê de suas pulsões agressivas. Projeta no objeto externo suas angústias de morte. Sempre que o objeto for capaz de gratificar as necessidades da criança e esta suportar a inveja que sente das qualidades deste objeto, ele será introjetado como um objeto bom. Quando a criança for incapaz de aceitar a bondade do objeto, ou quando este frustra muito suas necessidades, o que o bebê introjeta é um objeto mau. A sensação de ter um objeto bom dentro de si é a base da confiança e da esperança na vida e em si próprio. Na ausência deste bom objeto a criança se sente desamparada frente aos ataques fantasiados do objeto mau. Também fica evidente em Klein (1946) a importância da sensação de amparo e desamparo no íntimo da mente primitiva. O mundo interno que é povoado predominantemente por bons objetos é a base de uma personalidade saudável capaz de administrar as angústias que a vida oferece aos indivíduos. Por outro lado, um mundo interno repleto de maus objetos, terrorífico, assustador, é a base para uma personalidade doentia e, portanto, de uma a estrutura com rachaduras na qual a patologias emocionais são a regra.

Na condição de desamparo a violência e a destrutividade servem como estratégias defensivas importantes. A experiência de situações traumáticas violentas de desamparo e/ou indiferença do meio ambiente – a mãe ou sua substituta – conduz o sujeito à internalização de objetos violentos e não confiáveis, perturbados



e perturbadores, que servem como receptáculos apropriados à projeção da própria violência e destrutividade.

A teoria do desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott baseia-se na relação do bebê com uma *mãe suficientemente boa* (1952). Esta mãe deve ter capacidade de, através do seu amor e dedicação, criar uma ilusão para seu filho de que o mundo é exatamente o que ele precisa e deseja que seja. No início da vida do bebê há um conjunto anatômico e fisiológico mais um potencial herdado que leva à formação de uma unidade: a personalidade humana. Se as condições ambientais forem favoráveis, isto é, forem tais que não interfiram na *continuidade de ser* da criança, então a tendência à integração do ego do indivíduo pode se concretizar e a sensação do “eu sou” começa a surgir. Através da *preocupação materna primária* a mãe pode proporcionar ao seu bebê o *holding* adequado para que este, neste momento, possa ser integrado em uma unidade (Winnicott, 1956). “Não existe tal coisa como um bebê – significando que, sempre que alguém for descrever um bebê, irá descrever um bebê e alguém. Um bebê não pode existir sozinho, mas é essencialmente parte de uma relação” (Winnicott, 1975, p. 88).

Esta frase de Winnicott (1975) especifica o ponto de partida necessário para a compreensão de sua teoria. A palavra chave é *dependência*. Depender de quem não pode ser capaz de cuidar e proteger como precisam ser cuidados e protegidos os bebês humanos é sinônimo de abandono. É desamparo! O resultado da falha ambiental quando acontece é a fragmentação do *self*, antes mesmo de este se formar de maneira coesa. Clinicamente essa fragmentação frequentemente corresponde à esquizofrenia infantil, ao autismo, à esquizofrenia latente, personalidade esquizoide e outras condições *borderlines*.

Bion (1963) teoriza o desenvolvimento emocional primitivo baseado na expectativa do bebê de encontrar um ambiente facilitador ao nascer. Isto faz parte daquilo que chamou de pré-concepção (1963): o seio como equivalente de todo um relacionamento acolhedor e promotor de desenvolvimento físico e mental. A mãe, com sua capacidade de *rêverie*, acalma o bebê, recebendo o impacto da fúria desesperada deste, *digerindo-lhe* todo aquele manancial de pavor e pânico, elementos beta, que, se ela for capaz, devolve à criança de forma palatável: elementos alfa.

Quando tudo corre bem o bebê introjeta uma mãe receptiva e compreensiva e começa a desenvolver sua própria capacidade de reflexão sobre seus estados mentais e assim torna-se capaz de *decifrar* e viver no mundo. Se, ao contrário, por alguma razão, a mãe fracassa em conter os terrores do bebê e torná-los significativos, este objeto rejeitante da identificação projetiva é sentido como tirando o significado daquela experiência bem como o significado do próprio



bebê. O bebê “portanto reintrojeta, não um medo de morrer tornado tolerável, mas um pavor sem nome” (Bion, 1962, p. 99).

Com a recorrência repetida deste fracasso projetivo, um objeto interno é formado seguindo a mesma linha introjetiva, isto é, um objeto interno que destrói o significado e deixa o sujeito imerso num mundo misterioso, sem sentido e, portanto, apavorante. O sujeito fica totalmente desamparado de bons objetos internos.

Um objeto interno que despoja de significado a experiência humana dá surgimento a um superego que produz injunções sem sentido a respeito do comportamento humano. Os pacientes vítimas de desamparo, crônico e significativo, muito frequentemente adoecem suas personalidades como forma de se defender desta catástrofe do desamparo, que é depender e precisar de alguém que não responde de maneira adequada, seja por abandono ou invasão. Eles mesmos passam a cuidar de si e de sua impotência. É comum que evoluam para quadros de patologia tipo *borderline*.

Estes pacientes são pessoas que têm suas personalidades adoecidas fundamentalmente no campo das fronteiras – pacientes fronteiriços ou *borderlines*. A falha ambiental devido ao abandono não permitiu a instalação do que Green (1982) chama de *duplo limite*. Limite entre consciente/inconsciente, entre eu/outro. Não havendo a instalação do duplo limite, o indivíduo fica impossibilitado de diferenciar entre sujeito/objeto, interno/externo, realidade/fantasia. É o que Green salienta como a intersecção entre as patologias narcisistas e esquizoides. Também conhecidas como as patologias do vazio, ou *as novas doenças da alma* segundo Julia Kristeva (2001).

A contemporaneidade

Freud publicou seus primeiros importantes textos psicanalíticos no final do século XIX, entre 1885 e 1899. Estamos no século XXI. Muitas coisas mudaram desde aqueles tempos. “Quando a Psicanálise surgiu a cultura vienense estava apoiada nas ideias do iluminismo alemão, em um mundo onde a *razão* organizava os saberes e as certezas, determinando que o pensamento crítico prevalecesse sobre a utopia, sempre regido pelas ideias modernistas. O *modernismo* calcado no *positivismo* foi um movimento de busca da *verdade*, uma só verdade, e aconteceu no seio de uma sociedade que privilegiava os valores universais em detrimento dos individuais” (Carlisky; Eskenazi, 2000, p.23).

Este cenário serviu como caldo de cultura para que o pensamento



psicanalítico florescesse. A razão, a busca da verdade e o pensar sobre as questões humanas encontram naqueles tempos uma receptividade que hoje em dia não existe mais. Nossa sociedade atual não quer pagar o preço que *o pensar* exige. Pelo contrário, quase tudo está sendo construído na direção oposta, na direção do não pensar. O homem que é fruto da pós-modernidade quer soluções rápidas, indolores, descartáveis e baratas. Este homem abriu mão de seus ideais revolucionários em nome de um processo de personalização narcisista (Lipovetsky, 1986).

Podemos frente a isto imaginar que a constituição da identidade e da subjetividade do homem atual sofreu algum impacto e processou-se de modo distinto do homem da era moderna. Seria possível então imaginar serem os pacientes daquela época diferentes dos pacientes que atendemos hoje em nossos consultórios? E o contrário: seria cabível pensar que possam ser iguais? Isto é, que nossos pacientes e os que Freud atendia são iguais, sofrem dos mesmos padecimentos? Ou que sejam pelo menos um pouco parecidos? Certamente que, em se tratando todos de seres humanos pertencentes à mesma espécie animal, podemos afirmar que, mesmo sofrendo o impacto das mudanças culturais, sociais e políticas que aconteceram ao longo desta passagem do tempo, não poderia haver nada novo na essência do sofrimento humano. Somos homens e mulheres que, a exemplo de Freud, temos pacientes, todos pertencentes à raça humana e, portanto, passíveis de desenvolver neuroses e psicoses, assim como perturbações de personalidade. Mas podemos nos perguntar que forma este sofrimento do viver pode ter assumido em consequência das vicissitudes que a cultura sofreu.

O sofrimento humano, sua finitude, faz parte do viver de qualquer indivíduo, seja nos dias de hoje, seja nos tempos em que Freud viveu. Mas, ao nos questionarmos se este sofrimento é o mesmo hoje em dia, quando comparado àquele dos tempos passados, precisamos também nos indagar sobre as formas de apresentação e de tratamento dos padecimentos que vemos na clínica psicanalítica atual. Se entendermos que é o mesmo, podemos concluir que o tratamento deva ser o mesmo. Do contrário somos obrigados a buscar novas formas de alívio do sofrimento mental diferente do que nos propôs o pai da psicanálise.

Apesar de testemunharmos diferentes apresentações deste sofrimento, ele é, em essência, idêntico ao que apresentavam os pacientes do final do século retrasado ou início do século passado, quando Freud desenvolveu suas importantes observações e teorias.

Sustentarei que, mesmo considerando a mudança catastrófica operada pela pós-modernidade e pelas conquistas tecnológicas, os homens e mulheres



que deitam em nossos divãs nos dias de hoje são, em sua essência, os mesmos homens e mulheres, meninos e meninas, que deitaram no divã da Viena do início do século passado e que deitariam em um divã que fosse colocado nos sombrios desvãos do Castelo de Elsinore ou na encruzilhada entre Tebas e Corinto (Guedes Cruz, 2009, p. 93.)

A cultura em que Freud e seus pacientes estavam imersos é gritantemente diferente daquela em que estamos mergulhados hoje. E a própria psicanálise pode ser imputada como responsável por muitas das mudanças culturais que sofremos ao longo do século que nos separa da época em que Freud viveu e construiu suas teorias. Para tomar um só exemplo de mudança radical que testemunhamos e que nos faz tão distintos dos pacientes e psicanalistas de então, proponho que examinemos brevemente o tema que diz respeito ao tabu da virgindade.

Até as últimas décadas do milênio passado, ser virgem era considerado uma qualidade que as moças deveriam cultivar. A castidade era dos primeiros atributos que um homem iria buscar em uma mulher. Perder a virgindade antes do matrimônio era vivido com muita vergonha e dor tanto pela moça quanto por sua família. A moça deflorada era alvo de chacotas e de falatórios muito cáusticos. As coisas mudaram bastante neste terreno, especialmente nas culturas ocidentais. Muito se deve ao advento da pílula anticoncepcional, que passou a frequentar nossos lares a partir dos anos 60, constituindo-se numa verdadeira revolução nos hábitos sexuais. Ela invadiu o mercado transformando o cenário que ainda não privilegiava as vontades femininas. À mulher era vetado ter desejos de qualquer natureza, particularmente sexual. Aqui a teoria freudiana também trouxe sua contribuição ao incluir tanto as mulheres quanto as crianças no rol de seres humanos que têm direito a sentir desejo e prazer sexual. Acontecia então a revolução sexual em que as cartelas de pílulas contraceptivas foram levantadas como bandeiras, símbolo da liberdade sexual feminina.

Hoje vivemos uma situação quase contrária, em relação à virgindade, à da época do nascimento da psicanálise. As adolescentes e mulheres de nossos tempos têm vergonha de sua virgindade e inexperiência sexual, chegando ao extremo de mentir a respeito, só para não se sentirem alvo de chacotas e falatórios, que agora se denominam gozações e *bullyings*.

Mudou a relação das pessoas com a questão da virgindade, mas permaneceu, e permanece ainda hoje, o medo de ser alvo de falatórios ou gozações. O motivo do falatório mudou, mas a necessidade e o prazer do ser humano em falar mal de outrem se mantêm, assim como o desejo sexual. Antes uma moça poderia ser alvo de chacotas por não ser mais virgem. Hoje por ainda o ser. Os valores culturais



sofreram mudança, mas as pulsões de vida e de morte seguem as mesmas. A agressividade e destrutividade humana estão presentes tanto numa quanto em outra cultura. A necessidade de excluir e segregar um grupo considerado de menor valor, por não se submeter aos padrões morais vigentes, é a mesma nas duas culturas apresentadas. É importante salientar que tanto a agressão quanto a libido seguem as mesmas, embora o desejo sexual bem menos reprimido em nossa cultura.

Mas é fato que vivemos em outra dimensão cultural. Esta também diz respeito a todo o avanço tecnológico que nos assaltou nas últimas décadas. A evidente globalização de novas tecnologias de informática e de comunicação, a velocidade estonteante característica deste início de século, bem como dos anos finais do século passado, assim como o consumo generalizado têm evidentes implicações na construção da identidade e da subjetividade humanas. Na ânsia de vencer o desamparo, que habita a alma humana, o homem vem criando uma sociedade de consumo marcada pelo desenvolvimento tecnológico que cresce em ritmo alucinado, desde a época da revolução industrial até nossos dias. A busca pelo sustento (amparo) cedeu lugar à incessante e inquietante busca pelo conforto extremo. A saciedade da fome cedeu lugar à voracidade insaciável. Creio que isto tudo como projeto inconsciente de negação do desamparo frente à inevitável finitude e necessidade do Outro. Cria-se assim uma sociedade de consumo que, ao mesmo tempo em que produz bens de consumo, dos quais o homem precisa para ter uma vida confortável, ameaça a sobrevivência da espécie humana no planeta. Ter, comprar, possuir equivale hoje a ser feliz. *Ter*, como defesa contra o medo do desamparo substitui o *ser* desamparado.

Cabe salientar que, em consequência destes desenvolvimentos, muitos limites se desmancharam. Limites, por exemplo, frente à realidade da passagem bem como da velocidade do tempo, do encurtamento das distâncias, da onipresença de qualquer pessoa através da *internet*. Pode-se, por exemplo, estar em Porto Alegre e comparecer virtualmente a um encontro em Recife e, algumas horas após, comparecer fisicamente a uma reunião em São Paulo. Pode-se amanhecer em Fortaleza, almoçar em São Paulo e comparecer a uma festa de casamento em Porto Alegre tudo no mesmo dia! Pode-se falar com um filho que vive na Austrália, do outro lado do Atlântico, num clicar de botão do computador.

O que Freud sentiria ou pensaria se, por alguma mágica fantástica, ele ressurgisse entre nós? A primeira ideia que ocorre é que um tão fabuloso escritor de cartas como ele (Kurt Eissler, 1953, avaliou-as em quinze mil), ficaria alucinado frente a um computador e particularmente frente à rapidez com que a informação é transmitida.





As cartas de Freud aos seus amigos e colaboradores demoravam semanas para chegar aos seus destinos. Há trinta anos, uma carta tardava vinte e um dias para viajar de Porto Alegre a algum lugar nos EUA ou Europa. Um telefonema de Freud a Jones era uma odisséia. Nos anos 60/70 um telefone do Brasil para qualquer lugar no planeta ou era impossível, ou era uma empreitada bastante trabalhosa e onerosa. Mas sabia-se esperar; e não só esperar, para poder ter aqueles minutos de prazer ao ouvir a voz das pessoas de quem tínhamos saudades, mas também esperar até a próxima ocasião, que justificasse outro telefonema tão aguardado e valorizado. Esperávamos porque não havia alternativa, quem sabe. Mas a verdade é que sabíamos esperar!

Hoje nossos filhos e netos não sabem esperar, pois de fato eles não precisam saber esperar como nós precisávamos. Qualquer criança de classe média, assim que se torna capaz de reconhecer números, tem um telefone celular em seu bolso e pode falar com papai ou mamãe, estejam onde estiverem. Esperar, uma qualidade importante que Freud entendia como uma conquista do desenvolvimento emocional, hoje em dia caiu em desuso. É *démodé*! Nem mais é preciso esperar os tradicionais nove meses para saber de que sexo é a criança. E a ultrassonografia em 3D permite uma invasão de privacidade total no espaço sagrado do útero gravídico. Antes mesmo de nascer o feto já posa para fotos e filmagens!!! E pode também aparecer nas páginas web do *orkut*, *twitter* ou *facebook*. O feto antes de nascer pode, inclusive, ter um *blog* seu!!!

A relação com o tempo mudou. A velocidade astronômica com que a informação atravessa o planeta é quase chocante para quem tem mais de quarenta anos. A relação com a geografia também se alterou. As distâncias não são mais “tão distantes”. Atualmente nossos filhos transitam por todas as latitudes do planeta Terra com uma naturalidade que nos é estranha. Os jovens circulam entre um continente e outro como nós fazíamos dentro do nosso país ou como Freud fazia quando transitava entre Viena e Berlim ou Roma.

Nossos filhos, quando moram fora, falam conosco todos os dias através do *msn*, ou *orkut*, ou *skype*. Sentir saudades, ou sentir falta de algo, ou de alguém é fora de moda hoje em dia. Somos parte de uma sociedade de consumo e consumimos tudo, inclusive o nosso tempo. Todo dia é dia de comprar e de ganhar algo. Ninguém mais quer esperar e enfrentar dias de frustração sem festas ou presentes. Tristeza nos tempos de hoje não é tolerada por mais do que alguns dias. Logo ela é medicada com antidepressivo!

A cena primária, que era tão misteriosa e proibida, pode ser vista e analisada por bandos de adolescentes sentados no sofá da sala, comendo pipoca e tomando Coca-Cola. Basta um toque de botão do mouse ou do DVD. A fantasia perde



espaço para a visão concreta. Só o casal parental ainda pode ser fantasiado, se é que isto também não vai mudar com o tempo.

A clínica atual

Relaciono isto tudo para fundamentar a impressão de que, em que pese a invariância da essência da natureza humana, não posso deixar de pensar que o ser humano que nossa sociedade produz hoje difere do ser humano que Freud encontrava em seu dia-a-dia. A fome de alimentos e de amor é a mesma que a de antigamente. A voracidade, a inveja e outras manifestações da pulsão de morte idem. Mas crianças criadas em creches, que veem os pais somente pela manhã e na hora de deitar, que portam celulares desde cedo, o que permite contato imediato com mãe ou pai, que brincam na frente de televisores e computadores que são máquinas e não seres humanos que sentem emoções, que não podem correr livres pelas calçadas e relvas, que cumprem uma agenda pesada com aula de inglês, natação, futebol, tênis ou *ballet*, mais parecendo minie executivos do que simplesmente crianças, provavelmente não devem apresentar a mesma sintomatologia de seus predecessores do final do século XIX.

O ser humano é o mesmo, mas e o desamparo da alma? Certamente a clínica psicanalítica não me parece ser, embora sejamos os mesmos homens e mulheres que um dia se recostaram nos divãs de Freud e seus colaboradores. Enquanto Freud atendia mulheres sexualmente reprimidas, histéricas e frígidas, nós atendemos homens e mulheres que se queixam de um vazio interior avassalador. Muitos destes pacientes desenvolvem compulsões por álcool, drogas, alimentos, jogos, trabalhos ou compras. As jovens anoréxicas não são amiúde encontradas nos textos psicanalíticos clássicos, enquanto elas pululam em nossos consultórios.

O que está diferente na psicanálise então? Os psicanalistas, a psicanálise ou os pacientes? Um pouco de tudo isto, penso eu. Os pacientes que estamos vendo hoje em dia em nossos consultórios apresentam-se bem mais *desestruturados* e *desorganizados* do que os neuróticos de antigamente. Teriam sido mais expostos ao *desamparo* emocional do que poderiam suportar sem adoecer? São “crianças” que habitam corpos de adultos e que não sabem como se conduzir na vida adulta. Sendo crianças, precisam de terapeutas mais maternas, ao mesmo tempo em que exigem terapeutas mais paternos, pois as questões de limites são uma constante. Aqui as técnicas sugeridas por Ferenczi (1921, 1928, 1930) se ajustam muito bem. Ferenczi era conhecido como o terapeuta dos casos graves e, quem sabe por isto, ele tinha uma visão tão distante de Freud a propósito da teoria da técnica.



A importância que Ferenczi (1929, 1932) conferia ao trauma real, que muito bem pode ser o próprio desamparo frente à dor emocional, o coloca no centro das questões de técnicas que precisamos enfrentar hoje em dia. Nossos pacientes são traumatizados pelas inúmeras formas de desamparo e abandono que a sociedade atual vem impondo. Esta sociedade não protege as relações familiares. Particularmente não protege a relação mãe-bebê. Portanto podemos dizer que a sociedade moderna não protege o desenvolvimento da capacidade de sonhar nos indivíduos, pois é no aconchego do colo materno que o bebê começa a desenvolver sua capacidade para sonhar, favorecendo as patologias do concreto, da falta de abstração, do desamparo crônico.

Para que a repetição do trauma não aconteça é importante que a conduta do paciente seja entendida e atendida, não como formas de ataques ao *setting* ou de resistência ao tratamento. Pelo contrário. É fundamental que o analista possa compreender que a conduta comprometida, difícil e exigente do paciente na relação transferencial, nada mais é do que a forma de expressar toda a dor secundária às sequelas de traumas acontecidos tanto na vida real passada do paciente como em consequência a tratamentos prévios aos quais o paciente foi submetido. E que, infelizmente por fidelidade do analista à técnica clássica, deixou sem acolhimento e elaboração a dor das feridas que ainda sangram na intimidade destes indivíduos.

O impasse técnico que sofre o analista mostra-se entre o ouro puro da boa psicanálise (Freud, 1919), por um lado, e a manutenção do tratamento, por outro. Tendo um treinamento tão árduo, longo e de investimento tão pesado em tantos níveis, o analista não quer deixar seu paciente sem atendimento, ao mesmo tempo que não quer “contaminar” sua boa técnica com estratégias psicoterápicas outras que possam ser entendidas como não psicanalíticas. Se ele se mantiver absolutamente neutro, fiel às regras do enquadre e *setting*, sente-se traindo o paciente que naquele momento precisa de algo diferente da “boa e pura técnica”. Se buscar outras formas de comunicação com seu paciente, que ainda não consegue comunicar-se exclusivamente na linguagem verbal-simbólica, sente-se traindo toda uma longa, árdua, cara e preciosa formação. Sente-se traindo a psicanálise e seu grupo de iguais, pessoas que respeita, das quais precisa e pelas quais quer ser respeitado. Sente-se desamparado.

Pacientes *borderlines*, drogaditos, anoréticas, bulímicas, com quadros de ansiedade e pânico intensos, com distúrbios graves de identidade sexual ou ainda importantes quadros obsessivos e psicossomáticos sempre transitaram pelos consultórios analíticos, mas parecem ser mais frequentes hoje em dia. Desde a época de Freud já era possível identificar problemas nas abordagens desses pacientes. A técnica elástica proposta por Ferenczi, em vários de seus textos (1928,



1929, 1930), para pacientes muito resistentes à técnica habitual, mostra a preocupação que ele tinha em poder dar conta das comunicações desses pacientes tão difíceis de abordar com a técnica habitual. Para Ferenczi, a relação real atual do paciente com seu analista teria tanta ou mais importância do que teriam as lembranças revividas dentro da relação transferencial. Levantar a repressão não seria a meta principal. Pelo contrário. A cura se daria a partir de uma nova vivência emocional.

Podemos entender o atendimento psicanalítico destes pacientes como acontecendo em dois níveis concomitantes, sendo um nível o neurótico, baseado na interpretação verbal da transferência e na compreensão do conflito. Neste processo a angústia prevalente é a de castração. No outro nível, mais psicótico, baseado na comunicação pré-verbal e buscando significar a dor (terror sem nome, angústia catastrófica), a angústia prevalente é a de aniquilamento.

No processo neurótico o analista é utilizado preferencialmente como um objeto transferencial clássico, conforme propôs Freud, e teremos o desenvolvimento da neurose de transferência e a abordagem será a mais clássica. No processo intuído por Ferenczi, que estou chamando de processo *borderline*, o analista precisa se oferecer para ser usado também como um objeto real, um novo objeto (Baker, 1993), e o processo analítico que se desenvolverá terá outras características. Além da análise da transferência clássica, haverá outro elemento igualmente importante e decisivo nos rumos dessa análise: a relação real com o analista, que também tem um caráter transferencial. Creditar ao processo interpretativo e às interpretações o papel central da ação terapêutica representa somente um vértice de compreensão. Para Ferenczi (1928, 1930), Balint (1968), Winnicott (1955-56) e seguidores, o vértice interacional, não verbal, é também decisivo no efeito terapêutico da psicanálise. A relação real com a pessoa do analista é que fornece um ambiente facilitador e acolhedor para que o frágil ego infantil dentro da pessoa do paciente possa florescer. A expectativa de encontrar esse ambiente facilitador faz parte daquilo que Bion (1962) chamou de pré-concepção: o seio como equivalente de todo um relacionamento acolhedor e promotor de desenvolvimento físico e mental.

Estas situações limítrofes obrigam os analistas a lançar mão de muita criatividade para poder lograr uma comunicação significativa com seu paciente. Ferenczi foi considerado o *gran vizir* e o *enfant terrible* da psicanálise, justamente por ter sido criativo na intenção de lograr um tratamento mais eficiente para estes casos que não se adequavam às técnicas psicanalíticas habituais.

Mudanças, variações e modificações na técnica do método psicanalítico, inauguradas há muito tempo por Ferenczi e que se mantêm atuais ainda hoje, nas



análises destes pacientes tão difíceis, produzem um processo psicanalítico com características distintas das clássicas psicanálises. Quanto pode e deve a psicanálise sofrer modificações para poder tratar pacientes tão resistentes à técnica clássica e ainda assim ser reconhecida como psicanálise? Que tipo de processo psicanalítico se desenvolve? Pode este processo ser considerado psicanálise? Minha proposta é que sim, apesar de todas as acomodações técnicas que o atendimento de um paciente com perturbação grave de personalidade exige.

Tomemos a título de exemplo a interpretação dos sonhos. Quando Freud descreveu a importância dos sonhos, ele estava se referindo aos sonhos que temos enquanto dormimos. Hoje estamos atentos a um sonho que acontece também quando estamos acordados, na vigília. Sonhar aqui se refere a um processo constante que ocorre tanto no sono quanto na vida de vigília inconsciente. Hoje estamos atentos aos pacientes que não podem sonhar. Se uma pessoa é incapaz de transformar suas impressões sensoriais brutas em elementos inconscientes da experiência, que possam ser ligados, ela é incapaz de gerar pensamentos-sonhos inconscientes e conseqüentemente não pode sonhar (seja durante o sono ou na vida de vigília inconsciente). A experiência de impressões sensoriais brutas (elementos-beta) no sono não é diferente da experiência de elementos-beta na vida de vigília. Incapaz desta transformação da experiência emocional, o indivíduo “não pode sonhar e, portanto, não pode dormir” (Bion, 1962a, p.7). Ou seja, ele não é capaz de diferenciar entre estar desperto e estar dormindo, percebendo e alucinando, vivenciando a realidade externa ou a interna. Nestes casos nossa tarefa não é a de interpretar o sonho, mas sim de ajudar o paciente a sonhar o sonho.

Ogden (2005, 2010) salienta que nem todos os eventos psíquicos que ocorrem durante o sono merecem a denominação *sonho*. Os eventos psicológicos que ocorrem durante o sono que se assemelham ao sonhar, mas não são sonhos, incluem *sonhos* para os quais nem o paciente nem o analista são capazes de gerar associações, parecem mais com alucinações durante o sono, sonhos que consistem em um único estado de sentimento sem imagem, os sonhos imutáveis de pacientes pós-traumáticos e também os terrores noturnos. Estes *sonhos* que não são sonhos não envolvem elaboração psicológica inconsciente, nada do trabalho do sonhar. Na terminologia de Bion (1962a), os terrores noturnos são constituídos de impressões sensoriais brutas relacionadas à experiência emocional (elementos-beta), que não podem ser ligados no processo de sonhar, pensar ou armazenar na memória. Em contraste, um pesadelo é um sonho real. Portanto podemos dizer juntamente com Ogden (2005) que



Uma pessoa consulta um psicanalista porque está sofrendo emocionalmente algo que, sem que ela o saiba, é incapaz de sonhar (i.e., incapaz de elaboração psicológica inconsciente) ou fica tão perturbada com o que está sonhando que seu sonho é interrompido. Na medida em que é incapaz de sonhar sua experiência emocional, o indivíduo é incapaz de mudar, ou de crescer, ou de tornar-se diferente de quem ele tem sido (p.1-2).

Esta incapacidade para a transformação de impressões sensoriais brutas em elementos alfa, capazes de ligação e armazenamento e, portanto, de gerar símbolos, sonhos e pensamentos, deve-se à falha da função alfa. Uma causa importante disto é a incapacidade de *rêverie* materna. O mundo moderno, que esbocei de maneira breve anteriormente, tem contribuído bastante para isto e, em consequência, para que os sonhos não sejam sonhados.

Penso, apoiada em Ferenczi e seus ensinamentos, que o paciente precisa repetir na transferência o trauma da infância, na esperança de nunca mais precisar repetir aquela dor. A compulsão à repetição estaria agindo a favor da pulsão de vida na *esperança* de encontrar, via transferência, um novo final para aquela dor. Para que isto seja possível nós analistas precisamos arriscar mais na busca de meios eficazes para nossa comunicação com pacientes particularmente frágeis como os que temos encontrado tão frequentemente em nossos consultórios hoje em dia. Apresento a seguir uma pequena vinheta clínica

Carlos, um paciente dependente pesado de drogas, homossexual com fortes características paranoides, está esbravejando durante uma sessão acusando-me de ser preconceituosa e de não ser capaz de entendê-lo. Paradoxalmente eu me sinto junto dele, próxima a ele e me parece que entendendo as questões que ele está me colocando. A sessão transcorre, e Carlos se desespera cada vez mais, sempre me acusando de não ser capaz de ajudá-lo com seus sofrimentos. Neste momento me sinto cansada e desesperançada. Meu pensamento voa para “fora” da sessão. Penso na praia, em meu cachorro correndo feliz, livre, leve e solto nas areias da praia. Penso que este é o cenário em que eu desejaria estar naquele momento. Imediatamente me sinto culpada por ter abandonado Carlos e ter-me “transferido” para um cenário tão mais alegre e confortável.

Volto a prestar atenção nas queixas e acusações de Carlos, que agora já me parecem verdadeiras, pois eu estava de fato “fugindo” dele em pensamentos. Tento prestar atenção nele, mas surge insistentemente em minha mente uma foto minha, batida há muitos anos, onde estou agachada na grama e tenho um biscoito nas mãos, que estão estendidas em frente a um esquilo. O esquilo estava na foto, parado bem na minha frente, como que avaliando se deveria ou não se aproximar



mais de mim para pegar o biscoito que eu lhe oferecia. Tentei me voltar para Carlos, mas mais uma vez a foto do esquilo surgia dentro de mim com uma nitidez que parecia gritar.

Foi quando me dei conta que eu estava sonhando o sonho de Carlos. Era como se ele fosse o esquilo da foto. Desejoso de se aproximar de mim e de se alimentar de nossa relação, mas ao mesmo tempo assustado, me afastando com suas acusações e queixas.

Resolvi contar a ele o que estava me vindo à cabeça. Relatei a cena da foto e perguntei se ele poderia estar tão desejoso e assustado como o esquilo. Carlos não recusou minha intervenção nem tampouco se envolveu muito com ela. Parecia que eu não tinha dito nada relativo a nós dois. Mas me perguntou onde é que a foto tinha sido batida, já que não tínhamos esquilos no Brasil. Respondi que eu tinha batido a foto quando morei no Canadá. Carlos passou então a me contar que ele havia morado na Inglaterra e que também tinha visto esquilos por lá.

A sessão voltou a ter vida e muitas associações, relacionadas ao desamparo que havia sentido ao longo de sua existência, surgiram a partir deste momento da sessão. Parecia que eu tinha sonhado o sonho de Carlos ao imaginar um esquilo com fome e assustado ao mesmo tempo.

Dito isto é fácil de entender que o objetivo de um tratamento analítico hoje não é mais o mesmo daquele proposto por Freud. Naquela época a principal função da análise era a de tornar Consciente o Inconsciente levantando as repressões. Hoje podemos dizer que, frente às patologias que vemos na clínica psicanalítica atual, a principal função da análise é ajudar o paciente a desenvolver sua capacidade de sonhar para poder transformar suas impressões sensoriais brutas em pensamentos e assim poder elaborar estas emoções e esquecê-las, ampliando assim seu inconsciente. Para isto o analista é convocado a amparar o sonho de poder sonhar. □

Abstract

Helplessness, contemporaneity and the current practice: considerations

The text intends to correlate the incapacity to symbolize emotional experience to the condition of helplessness of the human baby. Briefly presents theoretical aspects of Freud's, Klein's, Bion's and Winnicott's works, where issues concerning helplessness are examined. Proposes that modern society does not protect the mother-baby relationship, therefore contributing for the appearance of thinking disorders and inability of the capacity to symbolize and *to dream*, so typical of



the disturbances present today in psychoanalytical practice. A clinical vignette illustrates how the role and the objectives of analysis might have been modified in the last years, obligating analysts to search for new alternatives of communication and understanding of mental suffering.

Keywords: Helplessness. Emotional experience. Symbolization. Contemporaneity. Setting.

Resumen

Desamparo, contemporaneidad y la clínica actual: consideraciones

El texto busca relacionar la incapacidad de simbolizar la experiencia emocional con la condición de des-amparo del bebé humano. Presenta, brevemente, aspectos teóricos de las obras de Freud, Klein, Bion y Winnicott, donde se analizan los temas referentes al desamparo. Sugiere que la sociedad moderna no protege la relación madre-bebé, contribuyendo, por lo tanto, al surgimiento de los disturbios del pensamiento y de la capacidad simbólica y del *soñar*, tan típicos de las patologías que se presentan actualmente en los consultorios psicoanalíticos. Se relata una viñeta clínica para ilustrar como el papel y los objetivos del análisis pueden haber sufrido modificaciones en estos últimos años, obligando a los analistas a buscar nuevas alternativas de comunicación y comprensión del sufrimiento mental.

Palabras llave: Desamparo. Experiencia emocional. Simbolización. Contemporaneidad. Setting.

Referências

- BAKER, R. (1993). The patient's discovery of the psychoanalyst as a new object. *Int. J. Psychoanal.*, v. 74, p. 1223-33.
- BALINT, M. (1968). *The basic fault: therapeutic aspects of regression*. London: Tavistock Publication.
- BION, W. R. (1962). A theory of thinking. In: *Second thoughts*. London: Karnac Books. 1984.
- _____. (1962a). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- _____. (1963). *Elements of Psycho-Analysis*. London: Karnac Books. 1984.
- CARLISKY, N.; ESKENAZI, C. K. (2000). Paradigmas y paradojas del nuevo milenio. In: *Resignación o desafío*. Buenos Aires: Lumen.





Anette Blaya Luz

- CRUZ, J. G. (2009). Deep Fritz versus Sigmund Freud: a luta do século. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 43, n. 3, p. 86-104.
- EISSLER, K. (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *J. Am. Psychoanal. Assn.*, v. 1, p. 104-143.
- FERENCZI, S. (1921). Prolongamentos da técnica ativa. In: *Escritos psicanalíticos, 1909-1933*. Rio de Janeiro: Taurus.
- _____. (1928). A elasticidade da técnica psicanalítica. In: *Escritos psicanalíticos, 1909-1933*. Rio de Janeiro: Taurus.
- _____. (1929). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In: *Escritos psicanalíticos, 1909-1933*. Rio de Janeiro: Taurus.
- _____. (1930). Princípios de relaxação e neocatarse. In: *Escritos psicanalíticos, 1909-1933*. Rio de Janeiro: Taurus.
- _____. (1932). A confusão de línguas entre os adultos e a criança. In: *Escritos psicanalíticos, 1909-1933*. Rio de Janeiro: Taurus.
- _____. (1934 [1932]). Reflexões sobre o trauma. In: *Obras completas de Sándor Ferenczi*. v. 4. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- FREUD, S. (1919). Linhas de progresso na terapia analítica. In: *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. v. 17. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 201-211.
- _____. (1926). Inibição, sintoma e angústia. In: *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, v. 20. Rio de Janeiro: Imago, 1972.
- GREEN, A. (1982). La double limite. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, Paris, n.25, p. 267-83, 1982.
- KLEIN, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: *Obras completas de Melanie Klein*. v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- KRISTEVA, J. (2001). *As novas doenças da alma*. Rio de Janeiro: Rocco.
- LIPOVETSKY, G. (1986). *La era del vacío*. Barcelona: Anagrama.
- OGDEN, T. (2005). *Esta arte da psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- _____. (2010). *Rediscovering psychoanalysis*. Routledge. New York & London.
- WINNICOTT, D. W. (1952). Letter to Money Kyrle. In: RODMAN, F. R. (Ed.). *The spontaneous gesture: selected letters of D. W. Winnicott*. Cambridge, MA: Harvard University, 1987.
- _____. (1955-6). Variedades clínicas da transferência. In: *Textos selecionados: da pediatria a psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- _____. (1956). Preocupação materna primária. In: *Textos selecionados: da pediatria a psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, p. 491-498.
- _____. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Recebido em 18/09/2012

Aceito em 28/09/2012

Revisão técnica de **Tula Bisol Brum**

Anette Blaya Luz

Rua Álvares Machado, 44/505
90630-010 – Porto Alegre – RS – Brasil
e-mail: anettebl@terra.com.br

© Revista de Psicanálise – SPPA

350 □ Revista de Psicanálise da SPPA, v. 19, n. 2, p. 333-350, agosto 2012