



As duas vias do desamparo: uma contribuição clínica

Maria Olympia Ferreira França*, São Paulo

A autora faz reflexões a partir de fragmentos clínicos que apontam para o desamparo humano, seja em sua condição básica unida à angústia originária (Urangst) referida por Freud, seja em situações posteriores de experiências circunstanciais de desamparo nas quais de alguma maneira já estão presentes sinais de angústia. Faz menção à característica de viver fora de si como algo proveniente de uma maternagem insuficiente à instalação do conflito psíquico. Levando em conta a dupla via transferencial, discorre sobre as dificuldades de abordagem com esses pacientes, exemplificando-as clinicamente. Faz referência aos sinais inconscientes de ansiedade que transparecem em suas falas, mesmo quando impedidos de se aproximarem de suas angústias primitivas. Sugere que estes sinais serão os pontos de partida para o conhecimento da experiência emocional presente na situação analítica. Procura mostrar que a condução exitosa dessas análises se alicerça na condição de paciência do analista, assim como em sua capacidade de percepção do timing adequado a suas comunicações. Indaga-se sobre as defesas usadas por eles, dissociação, negação, indiferença afetiva, como recursos conseguidos, ainda que muito precários, para a manutenção de uma organização psiconeurótica e que, como tais, devem ser cuidadosamente abordados.

Descritores: Condição e situação de desamparo. Angústia originária. O viver fora de si. Timing da comunicação.

* Psicanalista, membro docente da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.



E agora, José?/A festa acabou,/a luz apagou,/o povo sumiu,/a noite esfriou,/e agora, José?/e agora, Você?/ Você que é sem nome,/ que zomba dos outros,/ Você que faz versos,/ que ama, protesta?/ e agora, José?/ [...] Sozinho no escuro/ qual bicho-do-mato,/sem teogonia,/sem parede nua/para se encostar,/sem cavalo preto/que fuja a galope,/você marcha, José!/ José, para onde? Carlos Drummond de Andrade (Antologia poética, 2011, p. 30).

Subjacentemente às situações angustiantes de desamparo vividas em nosso cotidiano está a dor daquele *sem nome*, daquele que vive fora de si. Refiro-me à *condição* de desamparo unida à angústia originária (*Urangst*)¹ postulada por Freud, quando esta não tiver sido suficientemente acolhida e, então, experienciada e elaborada. Para nosso trabalho clínico é importante diferenciarmos condição (existencial) e situação (acidental) de desamparo.

O que no meu modo de ver aponta para a originalidade do desamparo em relação à angústia, naturalmente sem cristalizar aquilo que os distingue, é que a angústia indica que a vida psíquica permaneceu, que continua a ser vivida embora muitas vezes *fora de si*, na abertura sobre o outro, para o outro. Um outro que não responde ou responde mal (André, 2001, p. 8).

A angústia mobiliza, o desamparo paralisa. Ao repensar a natureza da angústia em *Inibição, sintoma e angústia*, Freud (1925-1926) descobre, no desamparo primordial do nascimento, a angústia em sua forma originária, a *Urangst*. Ela será o protótipo das angústias posteriores, ao mesmo tempo que a experiência de desamparo se revela como experiência estruturante da subjetividade e da condição humana por estar intimamente articulada aos conceitos fundamentais do inconsciente e da angústia. Embora não haja em sua obra um estudo sistemático

¹ N.A.: FREUD, S: e de que a mais antiga ansiedade,- a ansiedade primeva do nascimento -, ocorre por ocasião do nascimento. *Urangst: ansiedade primeva*, em *Inibição, sintoma e angústia*, cap.VIII, p. 161, v. XX, Rio de Janeiro: Imago, 1969. Esta palavra "*Urangst*" tem tido vários termos sinônimos em sua tradução: angústia primordial, originária e primeva.



da noção de desamparo, percebe-se que essa noção a atravessa toda. Não deve ser considerada como uma fatalidade intransponível e sim um desafio a vencer.

Para Freud, o inconsciente é o Outro ao mesmo tempo que se constitui nessa relação primária com o Outro (Rocha, 1999)². Ninguém nasce humano, torna-se humano na interação afetiva com o Outro, uma mãe que o acolhe (França, 2009). É o olhar amoroso, desejante e erotizante da mãe, que nomeará o bebê, atraindo-o e convidando-o primeiramente para o seu próprio interior, onde ela elabora suas angústias e depois o deixa partir para a aventura de retornar a si mesmo. Desse olhar também nascerá a *convicção de existir* (ser) (Costa Pereira, 2008)³, ao se reconhecer como objeto erótico do desejo do Outro, no caso a mãe. Estas ideias relativas à convicção de ser/existir advinda de ser reconhecido como objeto erótico para o Outro, se, por um lado, permeiam a obra de Lacan quanto à constituição do sujeito e à aquisição da subjetividade, por outro também podemos encontrá-la com bastante semelhança na obra de Winnicott, embora com enfoques teóricos diferentes. Para este autor, *o precursor do espelho é o rosto da mãe*, recaindo então a ênfase no olhar amoroso da mãe no qual *o que o bebê vê é ele mesmo* (Winnicott, 1975). O ponto de encontro entre os dois pensadores situa-se na concepção de que a estruturação do ser, com a correspondente noção de existir, está na mútua interação física e psíquica do bebê com o objeto/mãe (na leitura desses autores encontramos o reconhecimento de ambos quanto à colaboração mútua para suas ideias). Se houver desencontro nessa parceria, sempre de duas vias, *self* ↔ objeto, permanecerá a condição de desamparo relativa à angústia originária quanto à desvalia de ser. Freud 1950 [1895] diz no *Projeto de uma psicologia* que

O organismo humano é no início incapaz de levar a cabo a ação específica. Ela se efetua por *ajuda alheia*, na medida em que, através da eliminação pelo caminho da alteração interna, um indivíduo experiente atenta para o estado da criança. Esta via de eliminação passa a ter, assim, a função secundária da mais alta importância, de comunicação, e o desamparo inicial do ser humano é a *fonte originária* de todos os motivos morais. (p. 32).

² N.A.: Este termo, o Outro com letra grande, foi introduzido por Lacan, pela primeira vez em 1955, que muito desenvolveu a ideia aí contida. Talvez por isso seja sempre lembrada como de J. Lacan. No entanto auxílio-me de Zeferino Rocha: “como quer que seja, apesar dessas alternâncias, é inegável que, para Freud, o Inconsciente é o Outro. Assim ele o apresenta, quando define seu estatuto metapsicológico no artigo de 1915 – *Das Unbewusste*” (Rocha, 1999, p. 333).

³ Expressão usada por Costa Pereira em aulas ministradas na Casa do Saber, São Paulo, em junho de 1912.



Nela haverá uma dor sem condição de palavras: apenas do berro à mudez impedindo um grito de revolta e permanecendo o silêncio do pedido de socorro, de ajuda, de proteção e de amparo. Uma paciente⁴ (paciente 1) me conta um sonho recorrente há muitos anos: – “Do que você se queixa?” *dizia-lhe uma figura negra e estática*. “Eu acordava com uma bolha de cuspe na boca” –, *impedindo-a de gritar e retirando sua respiração. Outras vezes acordava enrolada em seu lençol, imobilizada. Pessoa de alto nível social, chegou a sair de casa nua, de madrugada*. “Eu procurava alguma coisa, não sei o que eu queria”, disse-me mais tarde. Como um paradoxo, esta paciente se alternava entre socorrer a muitos, dada sua boa condição financeira, e uma indiferença afetiva sem angústia alguma em situações em que se espera que ela apareça (falar da morte de seu bebê ou de amigos “queridos”). Parecia também não se dar conta de suas inúmeras faltas à análise. “Há quanto tempo eu não venho? Ah, eu queria tanto vir [...]”. Por vezes sua ausência chegava a um mês.

O encontro-desencontro permanecerá como um vácuo de afeto, uma angústia sem conteúdo, mas em constante espera ou procura alucinada do Outro como apoio, para se acomodar dentro de si mesmo a fim de satisfazer suas necessidades vitais de sobrevivência física e psíquica. Para Freud, tendo como seguidor Lacan, que muito desenvolveu esta questão que percorre quase toda sua obra, é na relação primária com o Outro que se encontra a situação primordial do desamparo (*Hilflosigkeit*) quando esta não puder ser experienciada exitosamente. Deste ponto de vista, a condição humana de desamparo não é só biológica, mas significa também uma situação de desamparo diante do desejo do Outro. Inegavelmente foi Lacan quem teve o merecimento de ressaltar esta dimensão do desamparo do ser humano em geral e da criança em particular, constituída pelo enigma do desejo do Outro: “Na presença primária do desejo do Outro como opaco, como obscuro, o sujeito está sem recursos. É um *Hilflos*”⁵ (Rocha, 1999, p. 335).

Em minha experiência, a ação, ou o desejo do Outro, quando não amorosos e erotizantes e assim não sintônicos com as necessidades do bebê, deixarão marcas de intrusão apontando apenas para o desejo de posse ou/e de poder da alteridade. Se esta situação for profunda e constante, instala-se como contrapartida o modelo defensivo da indiferença afetiva contra a dor em face da vivência de desamparo (França, 2007). O viver em constante indiferença afetiva anula a possibilidade fundamental de acesso ao inconsciente para a instalação da subjetividade, ao mesmo tempo que retira a esperança e o significado da vida. Essas pessoas talvez

⁴ França, 1999, p. 555-372.

⁵ N.R.: *Hilflos* significa indefeso, em alemão.





deixem de sofrer, mas perdem a característica que as torna humanas, isto é, a criatividade em seus vínculos afetivos.

Observamos que a indiferença afetiva, quando em grau defensivo extremo, associada à angústia originária, faz com que as vivências do sujeito não sejam percebidas nem dentro de si mesmo, nem dentro do Outro. Faz dele mero zumbi ou marionete do desejo do Outro. Alguns, apesar do mal-sucedido primário, encontram um *modus vivendi* em seu cotidiano. Este será, no entanto, mero arremedo estereotipado sem significado profundo para eles, mas adaptativo aos modelos de vida que lhes foram impostos. Estas observações aproximam-se muito dos conceitos de *falso-self* de Winnicott (1975) e de *as if* de Helene Deutsch (1991), embora esses autores não se refiram propriamente à indiferença afetiva. Para o observador, no caso o analista, transparecem neles o anonimato e a mediocridade da qualidade de vida.

Paciente 1

Esta paciente ficou em análise por cerca de quinze anos e dizia: – “Terei que ir a essa festa; se me sentir insegura, farei como uma rainha faz: levanto a cabeça e atravesso sem olhar para ninguém”. Note-se que a paciente refere-se ao fazer e não ao ser. Ela utiliza-se da ideia do ser uma rainha, mas não da experiência. O externo substitui o interno, permanecendo o desamparo⁶. Nesta festa, como em muitas ocasiões, a paciente recorreu à bebida em excesso, ficando de fato fora de si como alívio para sua angústia subjacente e a decorrente insegurança. (França, 1999).

É interessante notar que, paradoxalmente, muitas vezes a queixa de *vida sem sentido, sem satisfações e sem sentimentos*, ainda que levemente percebidos a angústia ou o desamparo subjacentes, é muitas vezes a porta para procurar-se a análise. *Algo me dava alento para trabalhar com a paciente 1: em nosso primeiro encontro, depois de falar atropeladamente e com pouco nexo sobre fatos de sua história, que já fizera quatro análises (dois analistas tinham morrido durante o processo), com quem era casada, que dinheiro não era problema, poderia pagar-me o que eu pedisse, disse-me, atravessando-me com os olhos, mas sem fixar-se*

⁶ Esta abordagem é muito próxima da postulação de Winnicott sobre o falso *self* “[...] pode-se afirmar que existem pessoas tão firmemente ancoradas na realidade objetivamente percebida que estão doentes no sentido oposto (do não contato com a realidade externa), dada a sua perda do contato com o mundo subjetivo e com a abordagem criativa dos fatos” (Winnicott, 1975, p. 97).



Maria Olympia Ferreira França

em mim e após um silêncio: – “Eu não sinto mais nada [...], isto não pode estar certo, [...] você me aceita?”

No meio do caminho tinha uma pedra/ tinha uma pedra no meio do caminho/ tinha uma pedra/ no meio do caminho tinha uma pedra. Nunca me esquecerei desse acontecimento/ na vida de minhas retinas tão fatigadas./ Nunca me esquecerei que no meio do caminho/ tinha uma pedra/ tinha uma pedra no meio do caminho/ no meio do caminho tinha uma pedra. (Drummond de Andrade, 2011, p. 267).

Volto novamente a Drummond, supondo que, ao *recordar-se* da pedra no meio do caminho, ele se referia a uma aprendizagem pela experiência vivida, agora desafio e sustento para suportar outras tantas.

O desafio analítico

Desde que a condição de desamparo é uma marca no psíquico humano, na relação com pacientes sempre encontramos, em maior ou menor intensidade, as marcas de desamparo deles e nossas. Como no modelo do caleidoscópio, inúmeras são as figuras que se formam. Nessas figuras de desamparo, mais do que em outros vínculos analíticos, é importante a leitura diferenciada entre analista e paciente. Justifico: a vivência de desamparo, por ser por demais sofrida e, na maioria das vezes, submersa ou mascarada, quando apontada para o paciente *fora do timing*, traz geralmente desorganização, um misto de humilhação e arrogância, repetindo-se uma vez mais a vivência ou sentimento de não ter apoio e alívio para seu sofrimento. Jacques André aponta para a dificuldade transferencial dessa situação quando alude ao lidar-se com pacientes sem ou com pouca noção de si mesmo: “Como apontar para a falta de algo que não existe?” (André, 2001, p. 8). Percebo que este autor e outros – Winnicott, Bion, Ogden, – colocam a paciência como atributo primordial do analista para lidar com tais situações.

Paciente 2

Chegou adolescente, com quatorze anos. Nosso trabalho teve a frequência de cinco sessões semanais, sendo atendida por vezes também aos sábados. Esta seria a última chance de tratamento que seus pais lhe davam. Já tinham em vista



uma clínica interna para pacientes autistas. Segundo eles, seu diagnóstico era de autismo secundário, pois, no período dos dois aos cinco anos, chegou a ter uma linguagem bastante compreensível e comportamentos que revelavam um desenvolvimento razoável (sic), tendo, inclusive, sido matriculada em escola normal, porém dispensada. Bem cedo (com quatro anos?), sua mãe, necessitando trabalhar, a trancava sozinha em casa por não ter com quem deixá-la. Seus pais, muito de passagem, relacionaram esse fato às dificuldades posteriores. Quando a conheci, poucas eram suas frases completas e com o sentido usual. Inicialmente sentava-se na poltrona virada para o lado oposto ao meu. Sem dúvida havia intencionalidade em suas atitudes mais ou menos conscientes. Quase não olhava diretamente para as pessoas, cobrindo o rosto com os cabelos, ou conseguia, não sei como, deixar apenas o branco de seus olhos à vista. Quando me encarava, o olhar denunciava rancor e desconfiança. Andava desmontada, com os ombros caídos e a cabeça baixa. Por vezes esse desmonte era substituído por uma postura muito rígida, de general, plena de arrogância. Depreendia-se daí uma mensagem sua: não vem que não tem. Paradoxalmente, essa arrogância assim como o olhar rancoroso eram sem dúvida as expressões mais vivas de apresentação e de verdade consigo mesma.

Permanecemos mais de seis meses quase em silêncio ou com poucos diálogos, alternados por pequenas histórias que eu ia lhe contando. Depois de um curto período de oposição ao tratamento, tornou-se muito assídua e, após alguma falta minha, chegava com a fisionomia raivosa. Negava ter sentido falta de nosso encontro, sacudindo indiferentemente os ombros. Fui aos poucos decifrando a linguagem sensorial de sua fisionomia e gestos. Também aprendi-lhe a linguagem verbal, na qual parte de suas palavras eram comidas, outras inventadas, mas com forte acento concreto. Familiarizei-me, sobretudo, com a sonoridade de sua voz. Esta era bastante variada e muito expressiva. Fui percebendo que a adolescente tinha uma inteligência razoável, ao mesmo tempo que ficava evidente a intensidade de suas defesas denunciadoras de muita raiva pela desvalia que sofria. Raiva e desespero em face de frustrações ela podia e sabia expressar, embora com palavras soltas e, por vezes, com episódios de quebrar tudo que tivesse pela frente. Também havia o oposto: encolher-se e paralisar-se, parecendo diminuir até de tamanho físico. Nestas situações sua linguagem verbal se fracionava por inteiro.

A paciência e a espera não significam mudez de nossa parte, mesmo quando não houver nada a interpretar. Temos que descobrir um caminho para manifestar nossa presença como parceiros, pois algo vivo do paciente, regido ou não por algum significado, estará presente ainda que seja pelo fato corpóreo de ter vindo



ao nosso encontro. Em graus mais intensos de *obnubilação* de si mesmo, realmente a tarefa se torna mais difícil ou impossível com pacientes autistas severos e/ou com defesas rígidas e intransponíveis. Procurar nos mantermos vivos junto ao paciente que percebemos *dentro de nós* parece ser o caminho possível para captarmos sua vida vivida fora dele. Arrisco-me a dizer que provavelmente estaremos prenhes de suas identificações projetivas (fantasias, angústias e defesas), pois nossas sensações e angústias se alternam constante e rapidamente nesses casos.

Talvez um dos momentos profissionais mais significativos para mim, cuja lembrança permanece viva após tantos anos, foi o que vivi com a paciente número 2. *Chegou transtornada e repetindo muitas vezes: “mi peto, mi peto”. Não consegui decifrar o que ela dizia, mas outras palavras confusas indicavam referir-se a algo de sua mãe. Do encontro desse dia guardo a lembrança de seu clima angustiante e a luta para não deixar que a aflição me contaminasse levando-me a me desligar de Cristina. Senti-me muito angustiada e, estranha percepção, meus seios reagiram como quando estavam cheios de leite. À tarde me telefonaram informando que a mãe da paciente tinha ido às pressas para a Suécia submeter-se a uma cirurgia de câncer de mama. Veio-me à mente: “mi peto, comi o peito”. O mistério se desfazia. Ao recebê-la no dia seguinte, senti novamente contrações em meu peito. Cristina não chegou agitada, mas apática: o corpo caído, a cabeça baixa e poucas palavras. Conversei com ela sobre a informação que recebera e procurei de alguma maneira explicitar que sintonizava com seu desespero: [...] que ontem ela talvez tivesse achado que eu não tinha ouvido nada, mesmo ela tendo falado tão alto; que sua mãe e eu éramos estragadas, não adiantava falar nada, a gente a deixava sozinha; se era verdade e o que era isso de tirarem o peito da mãe como ela tinha ouvido dizer [...] (expressão usada pela irmã ao me comunicar). Procurei não falar de raiva e sim de seu medo, pois a paciente tinha o estigma de raivosa e sua irritação aparecia ser antes expressão de desespero que de raiva. Também enfoquei primeiramente a falha do objeto para depois referir-me ao seu ressentimento. Aos poucos ela foi virando-se para o meu lado ao mesmo tempo em que ganhava mais postura. Não sei o que mais lhe disse, mas recordo minha sensibilização, acolhimento e responsabilidade que sentia por ela.*

Apresento esta paciente primeiramente por ter percebido através dela o que são situações intensas de desamparo; é óbvio que o episódio relatado foi apenas expressão acentuada do que ela me transmitia todos os dias. Sua história apontava para falhas profundas seja quanto ao amparo físico, seja quanto à continência de suas emoções, o que a mantinha em um estado de pouca integração.



Talvez, na incompreensão de suas demandas, a mais significativa tenha sido a de os pais não perceberem o significado de seu negativismo assim como de suas explosões de ódio. “Não aguentamos mais essa menina, ela é uma raivosa”, disseram-me eles na entrevista inicial. Minha hipótese é de que Cristina foi bastante privada do olhar erotizante da mãe [...] (Lembrei-me neste momento que essa era aflitivamente estrábica. Teria este fato também influído na interação entre as duas?). De todo jeito, considero que o andamento da análise deveu-se antes de tudo à dinâmica instalada entre nós referente ao suporte e à construção da mãe-continente. Vejo-me neste trabalho com muita disponibilidade para Cristina, provavelmente por sintonizar com seu *jeitão* e respeitar-lhe o modo de expressar sua demanda e seu desgosto, o qual na verdade eu admirava pela insistência e pelo que ainda lhe era possível de dignidade contida nessas defesas. Provavelmente minha *admiração e respeito* tenha sido a via pela qual eu suportei com paciência sua indiferença e desprezo iniciais por mim. Nas últimas notícias que tive de Cristina, soube que ela, com a ajuda dos sogros, se casou com um colega de uma escola para excepcionais, cuidava bem de dois filhos e era ótima dona de casa. Esse namoro iniciou-se durante o nosso trabalho e ela me fazia confidente dele.

Sei que, nos meus comentários, referi-me a alguns supostos teóricos que colecionei em meus estudos de Freud, Klein, Bion, Winnicott, Lacan, Ogden e tantos outros, porém, quando me dirijo ao quadro vivo da clínica, me é impossível enquadrá-lo dentro de qualquer um deles, por mais que haja semelhanças. Depreendo disto que um trabalho clínico em sua essência é impossível de ser plenamente teorizado por ter características únicas e contar com a intuição e a sensibilidade do analista para a captação do fato psíquico, principalmente com pacientes sem palavras para expressarem seu sofrimento, o que não é demonstrável ou passível de validação. A teoria exercita e desenvolve nosso espaço potencial psíquico, mas não o cria.

A paciência necessária para o ofício analítico se refere a esperarmos que algo mais delineado se configure; por vezes são meras associações livres com fugazes fantasias ou imagens, mas que geralmente têm valor analítico. Os gestos, expressões fisionômicas, cheiros, o som do silêncio, atos falhos serão bons aliados. Os sonhos, ou seu relato, em geral menosprezados e mesmo escondidos de início, surgirão com o tempo. Os silêncios e as falas do analista irão se alternando constantemente. É interessante notar que nem sempre esses pacientes, com déficit da noção de si mesmos, são pacientes que não “falam”. Muitos são máquinas de expor fatos e emitir *ideias* dissociadas da angústia subjacente, o que os leva à não sintonização com o que lhes falamos. Com o tempo essas situações de defesa irão se tornando mais familiares através do conhecimento de sinais inconscientes:



ritmo e tonalidade de voz, atos falhos repetidos ou gestos e expressões que os acompanham. Mesmo assim, temos que ter presente o *timing* de nossas comunicações, posto que nessas defesas está contida toda a luta pela qual o paciente manteve uma estrutura psiconeurótica que o fez sobreviver. Muitas vezes o fruto ainda não está maduro para ser colhido.

A base para a aquisição da paciência está diretamente ligada ao grau de desenvolvimento da intuição, percepção e observação do analista, as quais favorecem a condição do estado de atenção flutuante. Refiro-me principalmente à intuição materna (França, 1999), que, mesmo às escuras, sabe onde encontrar seu bebê. É do senso comum que a intuição é talvez a melhor ferramenta que o analista possui para seu trabalho. Considero haver diferença entre as pessoas quanto ao potencial genético de intuir, o que não impede que todos possam desenvolvê-la, sobretudo pelos trabalhos da própria análise e na relação com nossos pacientes.

Paciente 3

Esta paciente encontra-se há quatorze anos em análise. Cresceu excepcionalmente em sua profissão. Casou-se cinco vezes, sem quase nenhuma reflexão sobre o parceiro. Parecia que o importante era estar casada. Extremamente fechada para relações afetivas profundas e estáveis, não falava em sofrimento e conseguia apresentar uma vida de somente sucesso. Sua dor psíquica não me parecia estar ausente como indicavam as muitas somatizações, mas a deixava de lado e não admitia que se tocasse nela. Faltava às sessões quando nos aproximávamos do tema. Durante anos, ainda que en passant, foram essas somatizações os únicos desconfortos verbalizados, mas em seguida dissolvidos, se aprofundados pela analista. Olhando retrospectivamente, lembro-me que os primeiros apontamentos transferenciais aceitos pela paciente quanto às suas queixas do analista, também foram em relação às suas dores físicas, interpretações do tipo: “acho que falei muito e com isso invadi sua cabeça, deixando-a doída, como você disse que esteve. Ontem devo ter te dado indigestão de informações desagradáveis [...] essa diarreia de hoje [...]”. Eu lhe respondia com um sorriso e um “talvez”. Suponho que esses apontamentos eram aceitos por se referirem ao seu corpo concreto, tornando-se assim possível para ela conferir o estrago causado por mim e, ao mesmo tempo, manter seu controle junto à temida invasão psíquica. Esta, sem dúvida, iria desembocar na desvalia e na solidão presentes, porém soterradas em seu mundo psíquico. Assim, queixas referentes ao desconforto psíquico, quando tratadas transferencialmente, eram refutadas de





imediatos: “se eu desconfiar de você, então em quem mais eu poderei confiar? Se eu te visse autoritária, eu já estaria longe daqui, pois foi essa coisa que estragou minha vida.” A leitura que eu fazia destas suas respostas era a de que caminhávamos, pois pelo menos ela me dava alguma resposta. Minha interpretação ativava a verbalização de suas defesas, como se pode ver em sua resposta espontânea, embora não devessem ser apontadas de imediato, mantendo as dissociações ainda necessárias para não romper o meu tecido como um objeto de confiança e de amor. Assim sendo, somente após muitos anos de trabalho analítico suas defesas profundas foram sendo trabalhadas e parcialmente percebidas pela paciente. Estas dissociações profundas em sua vida emocional e afetiva que a levavam a viver parcialmente “fora de si” tiveram consequências penosas. *Alheia a dificuldades de sua empresa, por duas vezes foi traída por funcionários nos quais confiava, chegando quase a perdê-la. Na segunda vez, já podendo perceber o espaço (destrutivo?) que lhe cabia nessas situações, pôde utilizar sua força para enfrentá-las, quando anteriormente essa era usada apenas para o sucesso imediato, encobridor de seu desamparo. A descida ao inferno solitário e temido tinha chegado, ao mesmo tempo que adquiria a suficiente confiança de poder aproximar-se de sua desconfiança em si e em mim. Primeiramente pesadelos, demonstrativos de suas negações ao sofrimento e desamparo, acompanhados de falas e choros ainda dormindo. Casas demolidas, desertos, invasões de água e de fogo, perda, atacada, hotéis perigosos. Nunca pessoas, parentes ou amigos. “Outra vez não há casa para mim [...] Será que eu nunca vou sonhar que estou em uma casa ou segura?”. Sonhos também indicavam o viver fora de si: “não sei bem, eu estava dormindo ou trepando no corredor pegado à minha sala de presidência [...] eu só via a placa indicadora da presidência, mas não me mexia [...]” Este sonho foi usado por ela por muito tempo como referencial de suas negações e dissociações. Atravessamos períodos de muita melancolia, isolamento, descrédito em si mesma. Muito medo. E foi necessário o recurso a medicações. Com o decorrer do tempo, sempre espantada por lembrar-se, foi me contando situações da infância sobre as quais “tinha posto uma pedra”. “Eu, por um tempo, dormi com minha avó, no chão, para dar espaço a ela, e ela nunca dirigiu uma palavra para mim”. “Minha casa vivia às escuras e cada um de nós em seus quartos. Não tínhamos nenhum diálogo. Era cada um por si”.*

Talvez esse cada um por si, filho dileto de um superego severo, seja um exemplo de como é difícil suportá-lo e não apontá-lo como proteção da percepção e da condição de nomear sua queixa. A tendência do analista é de não acolher simplesmente a queixa como tal e passar diretamente à situação do desamparo subjacente e impeditivo de uma integração mais consistente. Desamparo, seja ele



existencial ou acidental, mobiliza e desestabiliza a estrutura ou dinâmica narcísica primária ou secundária (humilhação, por exemplo), fonte de todas as defesas posteriores. Infelizmente, quando nos dirigimos às situações de desvalia, nem sempre estamos atentos a esse fato e mobilizamos em tempo inadequado aspectos ligados ao narcisismo primário como humilhação, arrogância, indiferença afetiva, ódio, ou desconfiança, levando o paciente a um choro copioso e desesperado por tangermos sua desvalia, quando ainda lhe faltam recursos de continência interna para lidar com ela. “Não, não é isso [...] eu sei cuidar da minha vida [...]”. Rompemos assim com nossa compaixão talvez pelo fato frequente de o desamparo profundo do paciente mobilizar o nosso. Aprendi também que minha honestidade em dizer ao paciente que eu não sei do que se trata, seja seu sofrimento, seja o que ele me diz, deve ser cuidadosamente medida. Em estados ou situações mentais nos quais a vida ainda se encontra *fora de si mesmo*, a exigência do paciente de onipotência do analista é intensa, para que ele também possa sentir-se suficientemente poderoso como autor da mãe e de si. Tomando emprestadas ideias de Winnicott, “A adaptação da mãe às necessidades do bebê, quando suficientemente boa, dá a este a ilusão de que existe uma realidade externa correspondente à sua própria capacidade de criar” (1975, p. 27). Assim, é apenas a partir dessa ilusão de onipotência da mãe que o bebê poderá construir a sua própria – *eu sou o seio, eu sou* – alicerce básico para aceitar-se como autor de sua própria vida, passando de agente do desejo do Outro para sujeito de si.

O vislumbre do bebê e da criança, ao verem o eu (*self*) no rosto da mãe e, posteriormente, num espelho, proporciona um modo de olhar a análise e a tarefa psicoterapêutica. Psicoterapia não é fazer interpretações argutas e apropriadas; em geral, trata-se de devolver ao paciente, a longo prazo, aquilo que ele já traz. É um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto. Essa é a forma pela qual me apraz pensar em meu trabalho, tendo em mente que, se o fizer suficientemente bem, o paciente descobrirá seu próprio eu (*self*) e será capaz de existir e sentir-se real. Sentir-se real é mais do que existir; é descobrir um modo de existir como si mesmo, relacionar-se aos objetos como si mesmo e ter um eu (*self*) para o qual retirar-se para relaxar (Winnicott, 1975, p. 161).

Muito resumidamente, apresentei fragmentos do trabalho com três pacientes para as quais a noção e vivência de si eram bastante falhas e que, ao iniciarem suas análises, pareciam ter vivido até então sem noção autêntica de si, o que trazia sérios prejuízos para seus vínculos afetivos e condução de suas vidas. Eu as escolhi por apresentarem sintomas diferenciados em suas expressividades, mas tendo em comum o tormento do sentirem-se sós e sem apoio, embora quase nunca isso tenha sido expressado verbalmente e mesmo registrado por elas. As três



pacientes tinham atingido uma estrutura psiconeurótica, porém bastante diferenciada em seus graus de integração. Considero que as três tinham força de vida, sendo este talvez o principal elemento para chegarmos às bases de seu *self*, conseguindo transformações fundamentais para viverem melhor. Faço então algumas conjecturas: nas três encontramos déficits bastante acentuados no que se refere à qualidade afetiva dos vínculos maternos. A mãe da paciente 1 parecia, evidentemente, ter vergonha das dificuldades da filha, pois ela não respondia a nenhum desejo do casal, desde o fato de que desejavam um filho homem. Negavam as necessidades e dificuldades da menina, como podemos ver nos fatos de deixá-la sozinha e/ou na matrícula em escola normal. A mãe da paciente 2 parecia ter uma estrutura narcísica acentuada, tendo a paciente relatado episódios surpreendentes de indiferença afetiva junto ao sofrimento da filha como, por exemplo, fazer o enterro de seu primeiro filho, levando três dias para comunicá-lo à paciente, justificando que não era necessário que outros soubessem desse insucesso. A paciente tinha então dezessete anos. A terceira paciente apresentava uma integração de personalidade bastante razoável no que tangia à vida profissional. No entanto, aos poucos foi deixando transparecer a dificuldade profunda de estabelecer vínculos afetivos estáveis. Depois de bom tempo de análise, pôde me dizer: “de fato, não tenho braços para abraçar”. Disse-me há pouco: “acho que minha mãe nunca me olhou como filha”. Ela é muito responsável e cuidadora de sua mãe, mas comentou: “não sei se algum dia eu poderei ser vista com tal”. Essa mãe conseguiu lhe proporcionar estudo e cultura, mas por certo chegou à filha o trancamento defensivo de quem foi expulsa de sua terra e veio escondida para o Brasil. Provavelmente o silêncio que reinava em sua casa era o silêncio do segredo sobre a origem de sua mãe, da qual somente há pouco a paciente se interou.

Todas estas conjecturas foram dirigidas para a qualidade do ambiente, mãe-continente. Obviamente são recortes de um todo muito maior no qual contam bastante as características do mundo interno de cada uma delas. No entanto, nesta seleção, quis retratar a fundamental importância do acolhimento materno para que sejam metabolizadas e assim simbolizadas as angústias mais primitivas, responsáveis em grande parte pela manutenção da desvalia que paralisa a mente e reduz a criatividade e a qualidade de vida.

De tudo aprendi um pouco:

- a) a paciência, a espera;
- b) a esperança, a fé – antídotos da desesperança como impotência cruel do desamparo;



- c) a perda, a falta, como caminhos para o encontro possível; a sinalização de seu chão pelas vivências de amor;
- d) as ilusões-alimentos nada são, quando retêm os desafios da vida;
- e) os direitos humanos são ficções; apenas um é verdadeiro e universal: sabermos o nome, como autores, do corpo e do espírito que nos pertence. □

Abstract

The two ways of helplessness: a clinical contribution

The author reflects upon clinical fragments which point to human helplessness, in its basic condition united to original anguish (*Urangst*) as mentioned by Freud, in further situations of circumstantial experiences of helplessness in which signs of anguish are somehow already present. The author mentions the characteristic of living *outside oneself* as something originated by insufficient mothering in regard to the installment of the psychic conflict. Taking into account the double transference way, she elaborates on the difficulties of approaching such patients, giving clinical examples. The author refers to the unconscious signs of anxiety that permeate the discourse, even when not able to approach to their primitive anguish. She suggests that those signs are the starting points for the understanding of emotional experience present in the analytic situation. She intends to demonstrate that the cornerstones for the success of those analyses are the patience of the analyst, and his capacity of realizing the adequate timing for interventions. The author questions herself about the defenses, such as dissociation, denial, affective indifference, used by the patients as acquired resources, yet precarious to maintain a psychoneurotic organization, which, as such, must be carefully approached.

Keywords: Condition and situation of helplessness. Original anguish. Living outside oneself. Timing of intervention.

Resumen

Las dos vías del desamparo: una contribución clínica

La autora hace reflexiones a partir de fragmentos clínicos que apuntan hacia el desamparo humano, sea en su condición básica unida a la angustia originaria (*Urangst*) referida por Freud, sea en situaciones posteriores de experiencias





circunstanciales de desamparo en las que de alguna manera ya están presentes señales de angustia. Menciona la característica de *vivir fuera de sí* como algo proveniente de un maternaje insuficiente a la instalación del conflicto psíquico. Tomando en cuenta la doble vía transferencial, discurre sobre las dificultades de enfoque con esos pacientes, ejemplificándolas clínicamente. Hace referencia a las señales inconscientes de ansiedad que trasparecen en sus palabras, aún cuando impedidos de acercarse a sus angustias primitivas. Sugiere que estas señales serán los puntos de partida del conocimiento de la experiencia emocional presente en la situación analítica. Busca mostrar que la conducción exitosa de esos análisis se fundamenta en la condición de paciencia del analista, así como en su capacidad de percepción del *timing* adecuado a sus comunicaciones. Se pregunta sobre las defensas usadas por ellos, disociación, negación, indiferencia afectiva, como recursos logrados, aunque muy precarios, para el mantenimiento de una organización psiconeurótica y que, como tales, deben ser cuidadosamente enfocados.

Palabras llave: Condición y situación de desamparo. Angustia originaria. El vivir fuera de sí. *Timing* de la comunicación.

Referências

- DRUMMOND DE ANDRADE, C. *Antologia poética*. Rio de Janeiro: Record, 2011.
- ANDRÉ, J. (2001). Entre angústia e desamparo. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 4, n. 2, p. 8. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982001000200008> >.
- DEUTSCH, H. (1991). *The therapeutic process, the self, and female psychology*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1992.
- FRANÇA, M. O. (1999). O inexorável da dor humana junto ao processo analítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 33, n. 3, p. 555-372.
- _____. (2007). Expressões fenomenológicas da indiferença afetiva. In: *O afeto vincular primário como fundante psíquico*. (Apresentado no Congresso Brasileiro de Psicanálise, em 2009).
- _____. (2009). *Desafios clínicos nos tempos atuais*. Apresentado no Congresso Interno da SBPSP, Araçatuba, 2009. No prelo.
- FREUD, S. (1926 [1925]). Inibição, sintoma e angústia. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 20. Rio de Janeiro: Imago. 1969. p. 107.
- _____. (1950[1895]). *Projeto de uma psicologia*. Rio de Janeiro: Imago, 1995. 32 p. Tradução e comentários de Osmyr Faria Gabbi Jr.
- ROCHA, Z. (1999). Desamparo e metapsicologia: para situar o conceito de desamparo no contexto



Maria Olympia Ferreira França

da Metapsicologia freudiana. *Síntese Revista de Filosofia*. Belo Horizonte, v. 26, n. 86, p.331-344.
WINNICOTT, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, p. 153-154.

Recebido em 06/08/2012

Aceito em 23/11/2012

Revisão técnica de **Tula Bisol Brum**

Maria Olympia de Azevedo Ferreira França

Rua Angelina Maffei Vita, 625/91

01455-070 – São Paulo – SP – Brasil

e-mail: mofranc@terra.com.br

© Revista de Psicanálise – SPPA