

O BARULHO INAUDÍVEL: ADOLESCÊNCIA, TÉDIO E RETRAIMENTO

FÁTIMA FLÓRIDO CESAR ; LUIS CLAUDIO FIGUEIREDO 

Fátima Flório Cesar ¹

Luís Claudio Figueiredo ¹

¹ Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo/SP, Brasil

RESUMO: Este artigo tem como objetivo refletir acerca da não comunicação reativa – conceito desenvolvido por D. W. Winnicott, que corresponde a uma reclusão patológica. Para tanto, traz o relato do atendimento psicanalítico a um adolescente que apresentava um estado de isolamento. O artigo se reporta ao modo de funcionamento psicopatológico apresentado segundo a matriz ferencziana de adoecimento psíquico, caracterizada por Luís Claudio Figueiredo. As estratégias técnicas assinaladas baseiam-se, fundamentalmente, nos conceitos de reclamação/reivindicação da psicanalista Anne Alvarez, que postula uma abordagem mais ativa no sentido de o analista ir ao alcance do paciente, configurando, assim, uma clínica revitalizadora.

Palavras-chave: retraimento; tédio; não comunicação; reclamação.

Abstract: The inaudible noise: adolescence, boredom and withdrawal.

This article aims to reflect on non-reactive communication – concept developed by D. W. Winnicott that corresponds to a pathological reclusion. For that, it brings the report of psychoanalytic care to a teenager who was in a state of isolation. The article refers to the understanding the mode of psychopathological functioning presented according to the Ferenczian matrix of psychic illness, characterized by Luís Claudio Figueiredo. The technical strategies pointed out are fundamentally based on the concepts of complaint/claim of psychoanalyst Anne Alvarez, who postulates a more active approach in the sense of the analyst reaching the patient, thus configuring a revitalizing clinic.

Keywords: withdrawal; boredom; non-communication; complaint.

DOI - <http://dx.doi.org/10.1590/1809-44142019003010>

Todo o conteúdo deste periódico, exceto onde estiver identificado, está licenciado sob uma licença Creative Commons (cc by 4.0)

*A água morna me lembra
Toda manhã
De que não tenho nada
Vivo ao meu redor.
(George Seferis)*

Atendo o telefone¹ e uma voz feminina, pouco animada, soando quase fria e distante, solicita uma entrevista para conversarmos sobre seu filho de 15 anos, que, segundo ela, precisava de ajuda psicológica. Cheguei a pensar, na ocasião desse primeiro contato, que era a mulher quem buscava ajuda, parecendo trazer um sofrimento silencioso.

Marcamos a entrevista, e então recebi os pais, que me pareceram angustiados e dominados pela ânsia de decifrar o filho, que aqui chamo Alan, e sua estranha adolescência. Descreveram seu isolamento, o tédio, a não comunicação, o afastamento e a reclusão no quarto, sempre monossilábico e sem amigos, dedicando-se quase que exclusivamente aos jogos no computador. “A culpa será desse computador?”, eles me perguntaram, “Afim, essa geração é viciada em joguinhos...”. Para os pais, algo de muito errado estava acontecendo com Alan e, por isso, resolveram pedir ajuda. Em seu desesperado gesto de tentar trazer o filho ao contato consigo e à vida, a mãe convidava amigos – em vão, pois ele não conversava com ninguém e continuava no quarto...

Pergunto-me: do que será que o quarto-catedral, o quarto-santuário o protege? Será que o jovem Alan se esconde ou estará perdido?

Impaciente, o pai não se conformava com esse desperdiçar da vida; afinal, adolescência “é a melhor fase, a mais feliz”. Ele tentava falar com o filho sobre carros, mas sem sucesso: “Como pode um menino não gostar de carros?”. O casal também estranhava a apatia de Alan frente a times e jogos de futebol, já que, antes, quando menor, acompanhava torneios em companhia do pai. Além de não fazer amigos na escola, não se inscrevia nas atividades extracurriculares, o que também causava indignação. Embora obediente, cordato, “um menino bonzinho” que deixava de lado seus joguinhos para atender pedidos dos pais, Alan seguia apático e entediado.

Sofridos e perdidos como se mostraram, estariam esses pais preparados para acolher os anos de desesperada indiferença que o adolescente parecia atravessar? Pareceu-me, nesses primeiros encontros, que o casal estava no limite, “trocando os pés pelas mãos”, sem saber o que fazer diante da não comunicação que predominava no ambiente familiar.

Lembrei-me, então, das palavras de Winnicott (1963/1983): o adolescente é um isolado. Mas quais seriam as dimensões do isolamento de Alan? Também me veio à mente o filme *As virgens suicidas*, de Sofia Coppola (1999)², que conta a história trágica do suicídio coletivo de cinco irmãs adolescentes, num subúrbio dos Estados Unidos, nos anos 1970. Logo no início, a irmã caçula, após uma tentativa frustrada de tirar a vida, frente às ocas palavras do médico, que lhe pergunta: “O que você está fazendo aqui? Você nem tem idade para saber o quanto a vida pode se tornar ruim”, responde, provocativa: “Obviamente, doutor, que você nunca foi uma menina de treze anos”. Decerto tomada pela comunicação nas entrelinhas, “pescando” o sofrimento da mãe, ainda nesse primeiro encontro, perguntei a ela: “Você está triste?”. Aqui, faço um adendo: penso o quanto podem ser promissoras e férteis tais inusitadas e repentinas intervenções, que, sem nos darmos conta, buscam fazer eco à comunicação lançada.

Assisti, então, a um desabar de mágoa e ressentimento. Sim, ela estava triste, sim, mais que triste, estava infeliz. Não gostava de sua vida – nasceu em São Paulo e não conseguia se adaptar ao “arrastar” da cidade em que moravam. Adorava a faculdade que cursava, mas teve de parar por falta de dinheiro, que foi destinado à construção da casa nova desejada por todos da família, menos por ela... Embora fosse a casa que projetou, sonhava com uma família unida, idealizava um espaço que juntasse a todos; mas cada um se isolava em seu quarto, incomunicável.

Finalizamos essa primeira sessão já deixando agendado o encontro com Alan, que relato a seguir.

BUSCANDO ALAN

Foi em meio a pensamentos e muitas dúvidas que recebi Alan. De imediato, me surpreendi: encontrei um menino franzino, com altura inferior à sua idade, parecendo ter doze ou treze anos. Sério, retraído, foi, entretanto, deixando-se levar pelo contato comigo. Procurei segui-lo, buscá-lo, e também me surpreendi com seus

1 O caso descrito foi da dra. Fátima Regina Flório Cesar de Alencastro Graça.

2 *As virgens suicidas*. Dir. Sofia Coppola. Estados Unidos: 1999. 97 min. O filme se baseia no livro homônimo do estadunidense Jeffrey Eugenides. Lançado em 1993, já foi publicado em 34 idiomas.

movimentos de resposta a meus gestos em seu encaicho.

Iniciei então falando do motivo de nosso encontro, perguntando se tinha desejo de realizar um trabalho comigo – Alan respondeu que queria sim estar ali, que era bom. Enquanto lhe dirigia essas perguntas, me lembrei da psicanalista canadense Anne Alvarez (2012). A partir do atendimento de seu paciente Robbie, um autista grave, ela ressaltou a importância de, frente a determinados casos, assumir uma postura mais ativa.

Alvarez discorre então sobre o que denomina três níveis de trabalho analítico, que poderiam estar interligados. O primeiro seria “explicativo” (Freud e Klein) e o segundo, “descritivo”, correspondendo à continência de Bion. Porém, além do *insight* e de outros níveis mais primários, haveria a necessidade de um terceiro nível, mais primitivo – tanto de psicopatologia quanto de técnica. Ressalta que é fundamental encontrar o nível de intervenção adequado ao nível de patologia e/ou desenvolvimento do ego e do objeto do paciente; para tanto, é preciso se levar em conta a capacidade de introdução deste.

O terceiro nível, a grande contribuição de Alvarez (2012), corresponde a uma intervenção intensificada, sendo denominado “reivindicação” ou “reclamação”, correspondendo ao sentimento contratransferencial de urgência. Robbie, que apresentava um retraimento severo, assim como outros pacientes com risco de morte psíquica, requerem algo além da continência receptiva, passiva em demasia: necessitam de uma postura ativa, um tom de voz enérgico, com maior urgência emocional. Uma técnica intensificada, que a autora sublinha que não seria necessária com um paciente com ego suficiente e com interesse pela vida, de modo a lutar contra a tendência a se retrair. Seu paciente Robbie, em sua quase morte psíquica, estava mais próximo de uma desistência, um paciente passivo desesperado, do que de um refúgio defensivo – antes perdido do que escondido, antes deserto do que refúgio. Ele não se afastara – ele desistira. Nas palavras da psicanalista: “O refúgio ao menos oferece um lugar para ir; o deserto não oferece nada” (ALVAREZ, 2012, p. 179).

Embora tenha concluído que o adoecimento de Alan não se situava num nível de gravidade semelhante ao de Robbie, seu afastamento me conduziu a uma posição mais ativa, como acontece com outros de meus pacientes retraídos – transporte para esses casos o conceito de “reivindicação” de Alvarez. Restava-me saber se meu paciente se escondia, se refugiava; ou se o nada e a ausência dominavam a cena. A morte psíquica – deserto sem recurso – nos acena, exigindo uma urgência para ir em busca, alcançar aquele que precisa fazer parte da família humana.

Fomos, assim, nos conhecendo com certa lentidão; Alan, sempre tão sério, enquanto eu me oferecia com uma postura vitalizada. E, como disse, vez ou outra ele me surpreendia, respondendo aos meus chamados, às minhas perguntas, não deixando que o silêncio dominasse o encontro. Minha intenção era, claramente, evitar a repetição dos aspectos mortíferos do cenário familiar.

Green (1980/1988), em seu texto *A mãe morta*, discorre acerca do desinvestimento materno em relação ao filho, quando a mãe deprime por algum motivo, e sua tristeza e o desinteresse pela criança se apresentam em primeiro plano. O que constitui o “complexo da mãe morta” é o que o psicanalista denomina “depressão de transferência”, que se traduz como repetição de uma depressão infantil, não motivada necessariamente por uma perda real do objeto: “O traço essencial desta depressão é que ela se dá em presença de um objeto, ele mesmo absorto num luto” (GREEN, 1980/1988, p. 255). Anteriormente, uma relação viva e feliz se dava com a mãe, mas esta fora abruptamente interrompida. O luto súbito da mãe é vivido pelo filho como catástrofe, e ele tenta em vão trazê-la de volta à vida. Depois do fracasso dessa tentativa, outras defesas são acionadas, sendo a mais importante “o desinvestimento do objeto materno e a identificação com a mãe morta” (GREEN, 1980/1988, p. 257). Daí, a capacidade de amar fica bloqueada, já que seu amor se encontra hipotecado à mãe morta e o amor gelado domina.

No caso de Alan, penso que podemos articular, então, um estado retraído ao “complexo da mãe morta”: é possível relacionar a apatia de meu paciente não apenas à tristeza da mãe como também ao distanciamento afetivo apresentado pelo casal. Na verdade, à medida que as sessões foram se sucedendo, foi se revelando, *pari passu* ao retraimento, uma tristeza aguda. “Esse menino nunca sorri?”, eu estranhava. E seguia me perguntando: “Onde o prazer, onde a vida, onde alguma alegria?”.

A digressão acima tem também como objetivo nos conduzir para a reflexão de Green (1980/1988) sobre a técnica indicada frente ao complexo descrito. Se adotamos a técnica clássica, o silêncio pode levar à repetição da relação com a mãe morta. Assim, retomo o que já iniciara a discorrer: minha opção por evitar longos silêncios. O autor escolhe como atitude técnica nesses casos a que “faz do analista um objeto sempre vivo, interessado, acordado pelo seu analisando e testemunhando sua vitalidade pelos laços associativos que comunica ao analisando, sem nunca sair da neutralidade” (GREEN, 1980/1988, p. 271). O paciente precisa, pois, sentir-se narcisicamente investido pelo analista. Aqui podemos vincular a postura técnica de Green à já apresentada “reivindicação/reclamação” de Alvarez.

DE POUCAS, ENTRETANTO, ELOQUENTES PALAVRAS

Foi assim, por meio de uma postura ativa, que consegui me aproximar de Alan. Embora de poucas palavras, ele ia respondendo aos meus movimentos; eu lançava extensa corda (à semelhança de Alvarez com seu paciente Robbie) para alcançá-lo e, assim, oferecer-lhe um ambiente vitalizado.

Observei que um rancor relativamente disfarçado vazava ao falar dos pais; Alan não se comunicava, não participava das refeições, isolava-se no quarto, evitando fazer contato, “porque só brigam e gritam, gritam demais”. O menino bonzinho ia me mostrando, sutilmente, suas garras: por que faz o que pedem? Por que obedece? Para “não encherem o saco”, ele respondia, assertivo. Também deixava de falar acerca de sua vida pessoal, principalmente da escola, “para não encherem o saco”... Assim, em todas as sessões, palavras cruas e indóceis revelavam seu mal-estar quanto à convivência com os pais. Também não gostava dos colegas da escola, não tinha amigos, pois “só querem estudar”. Por outro lado, a palavra “animação” se repetia nos encontros. Quando a família recebia visitas ou promovia alguma festa, era bom, por ser animado e porque, nessas ocasiões, os pais não brigavam. Alan me falava de um ambiente desvitalizado, aquele mesmo que eu testemunhara no encontro com o casal – melancolia e hostilidade deitavam suas sombras sobre o filho...

Pergunto-me então: qual o uso que meu paciente vinha fazendo da não comunicação no ambiente familiar? O que buscava comunicar ao não se comunicar?

No texto intitulado *Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos* (1963/1983), Winnicott destaca tanto a importância da não comunicação como fundamental para a saúde, pois ela se conecta ao *self* verdadeiro, sendo experiência fundante da subjetividade, mas também como retraimento esquizoide, conforme abordo adiante.

No início, quando o objeto é subjetivo, a comunicação é silenciosa e não precisa ser explícita. À medida que o objeto passa a ser objetivamente percebido, a comunicação pode ser explícita ou, ao contrário, confusa. Aqui, o indivíduo pode experimentar prazer com os modos de comunicação, mas também merece destaque a não comunicação do *self* individual, ou o núcleo do *self* que é um verdadeiro isolado. A sensação de ser real provém, justamente, da comunicação silenciosa com objetos subjetivos; ou seja, o relacionamento e a comunicação significativos são silenciosos.

A necessidade de estar só ganha, portanto, um valor positivo. Assim, Winnicott propõe um paradoxo: “Embora as pessoas normais se comuniquem e apreciem se comunicar, o outro fato é igualmente verdadeiro, que cada indivíduo é isolado, permanentemente desconhecido, na realidade nunca encontrado” (WINNICOTT, 1963/1983, p. 170). Ele continua:

Este fato duro é amenizado por se compartilhar o que pertence à experiência cultural. No centro de cada pessoa há um elemento não comunicável, e isto é sagrado e merece ser preservado. As experiências traumáticas que levam à organização das defesas primitivas fazem parte da ameaça ao núcleo isolado, da ameaça a ser isolado, da ameaça dele ser encontrado, alterado, e de se comunicar com ele. 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. Como ser isolado sem ser solitário? (WINNICOTT, 1963/1983, p. 170).

Se o isolamento é uma necessidade para todos, para os adolescentes ganha maior importância, pois é parte essencial de sua busca de uma identidade e “para o estabelecimento de uma técnica pessoal de comunicação que não leva à violação de seu *self* central”, como afirma Winnicott (1963/1983, p. 173), destacando que os adolescentes não gostam de psicanálise devido ao temor de serem “violados espiritualmente”. Isso não impossibilita que o analista, por meio do manejo, consiga evitar a confirmação dos medos do adolescente. Frente a tantas mudanças, este precisa defender-se contra ser descoberto, isto é, “ser encontrado antes de estar lá para ser encontrado” (WINNICOTT, 1963/1983, p. 173). O que é sentido como real é defendido a todo o custo, mesmo que não haja espaço para a conciliação. Os adolescentes apresentam uma “moralidade feroz”, como diz o pediatra e psicanalista.

Nessa perspectiva, compreendi que necessitava entender a recusa de Alan, sua não comunicação, sob dois aspectos: a defesa contra a violação do que era verdadeiramente pessoal, próprio da adolescência, mas também reconhecer em sua falta de comunicação uma reclusão patológica.

Recorro mais uma vez a Winnicott, que, comentando um de seus casos clínicos, afirma: “Uma criança estabelecendo um eu privado que não se comunica, e, ao mesmo tempo, querendo se comunicar e ser encontrada. É um sofisticado jogo de esconder em que é uma alegria estar escondido, mas um desastre não ser achado” (WINNICOTT, 1963/1983, p. 169).

Com Alan, precisava, portanto, não repetir as invasões parentais, que pareciam violar seu *self* central, ofe-

recendo espaço para seu próprio gesto; mas, como já disse anteriormente, evitando silêncios prolongados que viessem a atualizar o abandono, o desastre de não ser encontrado. Seu isolamento me parecia se constituir então menos como lugar de repouso do que como refúgio defensivo; portanto, ele precisava ser resgatado – e, realmente, poderia ser um desastre se não fosse alcançado.

Barone e Coelho Júnior, destacando a importância da teoria de Winnicott sobre a comunicação para se pensar a autenticidade e vitalidade do espaço analítico, afirmam:

A análise deveria representar um jogo de esconder e mostrar, no qual o paciente pode recuperar certa privacidade, ao mesmo tempo que pode comunicar o que julga importante. É a mesma tarefa desempenhada pela mãe que não se comunica com seu bebê a não ser como um objeto subjetivo. Essa presença implicada e reservada permite manter um paradoxo entre os aspectos comunicáveis e a privacidade do *self*. Assim, a posição do analista deve, paradoxalmente, ser capaz de estar aberta às comunicações do paciente e ao seu silêncio. É uma presença paradoxal que contempla uma espécie de ausência: a posição do analista deve, sem desistir de buscar o paciente, respeitar sua necessidade de se esconder. A ética do método analítico sustenta-se nesse equilíbrio paradoxal entre comunicar-se e não se comunicar. (BARONE; COELHO JÚNIOR, 2007, p. 90).

Não desistir de buscar o paciente é vetor nessa balança/presença paradoxal que deve prevalecer em qualquer encontro analítico; porém, ressalto aqui tal posição mais ativa em determinados casos de retraimento. Segundo Winnicott (1963/1983), o estudo da não comunicação nos auxilia a entender os estados retraídos. Assim, se até agora ressaltei a necessidade de estar só como um aspecto da saúde, outro tipo de não comunicação, configurando estados de reclusão, situar-se-á no campo da patologia.

À medida que o objeto passa a ser objetivamente percebido e se estabelece uma comunicação explícita entre o bebê e a mãe, duas categorias opostas a essa comunicação surgem: a não comunicação simples e a não comunicação ativa ou reativa. A primeira estaria no campo da saúde, equivalendo ao repousar, antecedendo e surgindo após os momentos de comunicação explícita.

Na não comunicação ativa ou reativa, o ambiente falhou em algum grau e deu-se um *splitting* nas relações objetais: uma parte se relaciona com o objeto através do falso *self* e outra parte com o objeto subjetivo, não sendo influenciada pela percepção objetiva do mundo. Enquanto, como já vimos, a comunicação com os objetos subjetivos possibilita a sensação de ser real, a comunicação através do falso *self* não é verdadeira porque não envolve o *self* verdadeiro; daí a sensação de irrealidade e futilidade.

Esta segunda tem, portanto, uma dimensão psicopatológica que emerge da dissociação entre falso e verdadeiro *self*, e cujo extremo levaria à esquizofrenia infantil, incluindo aqui o retraimento esquizoide, objeto de nosso estudo; mas também uma dimensão não patológica: a necessidade de manter o núcleo do *self* incomunicado. Na saúde, essa necessidade de isolamento só faz sentido, ressalto, se articulada com a comunicação explícita.

Winnicott (1963/1983) aborda ainda, de outra maneira, dois opostos da comunicação: a comunicação pode se originar da não comunicação como uma transição natural, ou a comunicação pode ser a negação de uma não comunicação ativa ou reativa. Aqui, é importante tomarmos cuidado para que, em uma análise de pacientes com algum elemento esquizoide oculto, não ocorra um conluio do analista com o paciente para a negação da não comunicação. O silêncio pode, nesse caso, tornar-se a contribuição mais positiva, sendo que o melhor a fazer por parte do analista é esperar, em vez de interpretar, impedindo que o paciente descubra, criativamente, o que se passa.

Com relação ao meu paciente, outro ponto destacado pelo autor merece atenção. Trata-se do fator antívida.

Antes de finalizar o texto acima mencionado, ao se manter na discussão sobre opostos que fazem parte da negação, Winnicott apresenta seu pensamento sobre a pulsão de morte:

Vejo o que não posso aceitar é que a vida tenha a morte como seu oposto, exceto clinicamente na oscilação maníaco-depressiva e no conceito de defesa maníaca em que a depressão é negada e tomada em seu oposto. No desenvolvimento do lactente, viver se origina e estabelece a partir do não viver e existir se torna um acontecimento que substitui o não viver, assim como a comunicação origina do silêncio. A morte só se torna significativa no processo vital do lactente quando surge o ódio, que ocorre em data posterior, distante dos fenômenos que utilizamos para construir a teoria das bases da agressão.

Por isso, para mim não tem utilidade unir a palavra morte com a palavra instinto, e ainda menos se referir ao ódio e raiva pelo uso das palavras instinto de morte.

É difícil se chegar às raízes da agressão, mas não nos auxilia o uso de opostos como vida e morte, que nada significam no estágio de imaturidade que está em consideração. (WINNICOTT, 1963/1983, p. 173-174).

Penso ser fundamental destacar aqui que, embora não aceite a pulsão de morte, Winnicott se refere a um “fator antivida” (WINNICOTT, 1963/1983), derivado da depressão materna. A importância dessa referência se inscreve no reconhecimento no pensamento do autor de forças destrutivas provenientes da falha ambiental traumatizante e precoce. De qualquer modo, o mortífero deve ser reconhecido em seu pensamento teórico-clínico, como podemos ver mais fortemente no texto *Medo do colapso* (WINNICOTT, 1963/1994) e na articulação do conceito de “agonia” com algo que se aproxima de uma radical passividade e de uma ameaça de morte psíquica.

Como se afirma em Figueiredo e Coelho Júnior:

No plano específico do adoecimento psíquico em sua dimensão afetiva nos casos marcados pelos traumatismos precoces, em vez de angústias, nos parece mais indicado referir-se a agonias, um termo sugerido por Winnicott. Trata-se de nomear uma vivência do que antecede e antecipa a experiência da morte, a experiência do vazio desvitalizado. Dissemos que as angústias podem ser pensadas como fenômenos da vida, de uma vida agitada pelas pulsões e pelos afetos, assim como pelas impressões sensoriais e pelos sofrimentos que a vida comporta. Já a agonia, nesse contexto, indica um fenômeno da morte, de uma morte antecipada, ou da morte em estado de suspensão. (FIGUEIREDO; COELHO JÚNIOR, 2018, p. 132).

O vazio desvitalizado a que se refere o trecho pode ser identificado no silêncio quando este não constitui não comunicação simples, mas lugar de inércia e passividade; algo presente no caso de Alan. Essas patologias da passividade que se situam no modelo de adoecimento psíquico que se dá por passivação, no que em Figueiredo e Coelho Junior (2018) se denomina *matriz ferencziana* requerem, como afirma Ferenczi, a oferta de “impulsões de vida positivas” (FERENCZI, 1929/1992a, p. 317), o que não pode se transformar, equivocadamente, em uma intervenção maníaca.

Uma breve digressão cabe aqui para explicitarmos os dois modelos de adoecimento psíquico. Em Figueiredo e Coelho Junior (2018), são apontadas duas tradições: a freudo-kleiniana e a ferencziana (esta última incluindo também Balint e Winnicott), que se distinguem em termos de reação ao trauma. Na primeira tradição, por mais importantes que sejam o trauma e o estado de desamparo e por mais primitivas as angústias, sempre haverá recursos defensivos: uma resposta ativa. Já na matriz ferencziana, o trauma ultrapassa as possibilidades de defesa ativa. Portanto, na matriz freudo-kleiniana, os adoecimentos se dão por ativação (das angústias e das defesas) e, na ferencziana, certos adoecimentos se dão por passivação: processo cujo desfecho é a condução do psiquismo à inércia, ao não ser.

Para Ferenczi, Balint e Winnicott, há, pois, uma consideração da morte que aprofunda o que estamos ressaltando em relação à diferença entre as duas matrizes – seja a morte absoluta, quando um bebê é submetido a traumas graves e precoces (como vemos em FERENCZI, 1929/1992a, em seu texto *A criança mal acolhida e sua pulsão de morte*), sejam formas de morte em vida, ou a morte temida, entretanto, já acontecida (em função de uma falha grave do ambiente ocorrida no período da dependência absoluta), mas não experimentada (como destaca Winnicott, em *O medo do colapso* [1963/1994]).

A articulação de forças mortíferas ou apassivadoras advindas da ação de outro sobre o indivíduo traumatizado, que aqui reconhecemos em Winnicott, se insere, pois, na linhagem do pensamento ferencziano. Continuando com Figueiredo e Coelho Júnior:

Os quadros psicopatológicos decorrentes dos traumas precoces trazem a marca das cisões e seus aspectos mortíferos, que, para Ferenczi, parecem estar mais próximos do que Avello (1998) denomina de “paixão de morte”, do que da pulsão de morte tal como concebida por Freud. Trata-se de uma forma de “resposta” passiva e passional do sujeito à ação traumatogênica vinda do ambiente. Mais do que uma força mortífera constitucional, seria a presença da inoculação de aspectos mortíferos oriundos do objeto, seja por sua ausência e desinteresse, seja por seus aspectos sádicos e destrutivos. (FIGUEIREDO; COELHO JÚNIOR, 2018, p. 124).

O que é fundamental neste novo contexto é o reconhecimento dos “traumatismos precoces”, experiências de ruptura que produzem uma verdadeira aniquilação das capacidades de defesa e resistência, ou simplesmente as impedem de se estabelecerem. Nesse sentido, as angústias que viemos descrevendo na matriz anterior não chegam a se formar; podemos pensar que são impedidas e evitadas por uma verdadeira extinção de áreas do psiquismo que morrem ou se deixam morrer. Ou ainda mais diretamente e de forma total, como sugeriu Ferenczi: “Eu queria apenas indicar a probabilidade do fato que crianças acolhidas com rudeza e sem carinho morrem facilmente e de bom grado” (FERENCZI, 1929/1992a, p. 49). Ou, como o autor descreve pela voz de vários pacientes com esses quadros: “Depressa, ajude-me, não me deixe morrer nesta angústia” (FERENCZI, 1933/1992b, p. 98).

Retornemos agora à citação de Winnicott sobre a pulsão de morte e o que ele denomina de fator antivida. Para o autor, existe um oposto ao viver que difere da pausa e do silêncio:

Este oposto não é atuante na maioria dos casos. Habitualmente, a mãe de um lactente tem objetos internos vivos e o lactente se ajusta ao preconceito (pré-concepção) de uma criança *viva*. Normalmente, a mãe não é deprimida ou depressiva. Em certos casos, contudo, o objeto central interno da mãe está morto durante o período crítico da infância inicial da criança, e seu estado de ânimo é o de depressão. Aí o lactente tem que se ajustar ao papel de objeto *morto* ou então tem de ser *vivaz* para contrabalançar o preconceito da mãe (pré-concepção) da ideia de estado de morte da criança. Aí, o oposto da vivacidade do lactente é um *fator antivida*. A tarefa do lactente, em casos tais, é estar vivo e parecer vivo e comunicar o estar vivo; na verdade, este é o objetivo máximo de tal indivíduo que tem a si negado o que pertence a lactentes mais afortunados, a apreciação do que a vida e o viver trazem. Estar vivo é tudo. (WINNICOTT, 1963/1983, p. 174).

Tal vivacidade é artificial, constituindo uma saída maníaca que visa a negar a depressão: eis a saída para não se identificar como o objeto morto da mãe. Comentando o fundamental trecho acima, acompanhemos Gurfinkel (2001, p. 264-265):

Trata-se da afirmação da imortalidade do objeto-mãe e do si-mesmo como defesa maníaca, caracterizando uma onipotência patológica e reativa absolutamente diversa da experiência de onipotência do bebê, fundante da ilusão. Ela pouco tem a ver com a simples ausência de vida da pausa na comunicação, mas vincula-se verdadeiramente à experiência de morte pelo mecanismo da negação: é uma vivacidade artificial – corolário do falso si-mesmo – a fim de negar uma “morte fenomenal” efetivamente ocorrida, e provavelmente não inteiramente experimentada pelo Eu, conforme Winnicott descreve em “O medo do colapso”.

Penso que entender o que Winnicott descreve como “morte fenomenal” ou o que ele oferece como alternativa à pulsão de morte é muito útil para a compreensão desses estados de reclusão patológica ou da condição de pacientes gravemente traumatizados. Devemos ressaltar que, embora não reconheça a pulsão de morte, está presente em sua psicopatologia a ideia de aspectos mortíferos, do que ele denomina de fator antivida e de “morte fenomenal”. Aqui, a morte não é nem pulsional, nem se refere a uma herança filogenética, devendo ser definida como algo que aconteceu ao indivíduo quando ele ainda não estava lá; em outras palavras, quando era demasiadamente imaturo para experimentá-la, tendo, portanto, o sentido de aniquilação. Em função de sucessivas invasões decorrentes de fracassos ambientais e as consequentes reações do paciente, dá-se uma interrupção na continuidade do ser. A repetição aqui se apresenta, mas não como a noção freudiana de “compulsão à repetição”: o vivido, entretanto não experienciado, e que se manteve “congelado”, ficará à espera de condições ambientais que possibilitem ao ego abarcar sob seu domínio, dentro da área da onipotência pessoal, o que antes ficara impossibilitado de ser integrado.

Em *O medo do colapso*, Winnicott destaca:

Segundo minha experiência, existem momentos em que se precisa dizer a um paciente que o colapso, do qual o medo destrói-lhe a vida, já aconteceu. Trata-se de um fato que se carrega consigo escondido no inconsciente. Este último aqui não é exatamente o inconsciente reprimido da psicose, nem, tampouco, o inconsciente da formação freudiana da parte da psique que se acha muito próxima do funcionamento neurofisiológico [...]. Neste contexto especial, o inconsciente quer dizer que a integração do ego não é capaz de abranger algo. O ego é imaturo demais para reunir todos os fenômenos dentro da área da onipotência pessoal. (WINNICOTT, 1963/1994, p. 70)

Como se dá a repetição? Pela necessidade de colocar a experiência na área do controle do *self*, o indivíduo vai procurar aquelas situações que reapresentam as condições da situação traumática vivida no passado. Assim, tal repetição tem como objetivo experienciar o que foi cindido. A regressão não é referente à situação traumática, mas ao momento anterior ao trauma, no qual as defesas ainda não tinham se configurado, e ao momento anterior ao colapso, sendo possível, a partir daí, retomar a continuidade de ser que fora interrompida. Se esse momento é vivido na análise com a sustentação do analista, a situação de colapso pode ser vivida sem que a pessoa seja aniquilada.

Gurfinkel sublinha que o fator antivida não é um derivado da pulsão de morte:

Ele é o resultado de fraturas precoces – ontogenéticas – na constituição psíquica de certos indivíduos que produziram, ainda antes da formação de um Eu que pudesse “fazer experiência”, uma *ruptura na continuidade do ser*. A linha do viver foi cortada em algum ponto, e, neste sentido, uma morte *aconteceu*. O que é a

morte, senão uma ruptura na continuidade da vida ou do “ser”? (GURFINKEL, 2001, p. 266, grifos do autor).

A “morte acontecida” é, portanto, guardada pelo indivíduo sob uma forma especial de inconsciência, compulsivamente buscada para ser integrada, abarcada pelo Eu.

Voltando ao caso clínico aqui descrito, penso que o fator antívida de Alan se vinculava a uma mãe deprimida, psiquicamente morta, mostrando apatia e inércia. Diante desse humor deprimido da mãe e da desvitalização apresentada pelo casal parental, o paciente se mantinha em passividade.

Estendo, então, o que aqui denominamos como mortífero ou psiquicamente morto à frouxidão dos laços que pareciam unir/desunir o casal. Pergunto: como Alan poderia experimentar sua espontaneidade e instintualidade no meio de tamanha flacidez de vínculos? Recolhido em seu quarto, isolado, levado em hipnose pelos sucessivos jogos, sua tenacidade estava apenas no evocar de insultos e guerra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Quando o mar
Quando o mar tem mais segredo
Não é quando ele se agita
Nem é quando é tempestade
Nem é quando é ventania
Quando o mar tem mais segredo
É quando é calmaria
(Suely Costa)*

Qual sentido teria a recusa a agir de Alan, o menino-imóvel? Seria uma estranha paixão pela imobilidade?

Que bem tão precioso e tão frágil é esse, que o menor movimento lhe é fragmentação, desgaste nocivo, chegada do frio? Que ar tépido é esse que ele respira seu sopro próprio? Podemos pressenti-lo; é a infância, a enorme casa da infância. Que encontra ele nessa casa, naquele tempo? Já o sono, a imobilidade. (PONTALIS, 1988a, p. 10).

“Nada se mexia, era a eternidade” (PONTALIS, 1988a, p. 11). (Ah! Exceto os gritos, uivos de escuro segredo.) Quando o menino, antes ativo, encantado pelo movimento da bola, dos jogos de futebol, renunciara ao agir?

Em meio à aflição dos desencontros, nem os gritos salvam a casa sonolenta de sua imobilidade. Gritos que apenas conduzem à queda, à distância de vazios e ao desamor. O desamor, os corações gelados que lançam a promessa de laços em poço ermo e sombrio.

Para onde fora a atividade de meu paciente? Por que restara essa passividade? Entretanto, Alan ansiava ser animado pelos vivos, aqueles que enchem a casa de sons e alegres movimentos...

Como a casa adormecida, apenas acordada por festas e visitas, o menino também dorme. Como ir ao seu encontro, quando esboça gestos para fora da sonolência familiar, quando pede festa e barulhos que não sejam os gritos de guerra?

Como já disse anteriormente, frente a esse jovem retraído e apático, faz-se necessária uma postura mais ativa, como sugere Alvarez (1992). Não é à toa que a palavra “animado” se repete nas falas de Alan quando este se refere a pessoas com quem estabelece algum vínculo. Também eu preciso me apresentar “animada” – com “alma”, mostrando-me interessada, com um tom de voz mais enérgico, recorrendo ao humor, na busca de um espaço em que o brincar seja possível. Mas não é fácil; a atmosfera desvitalizada experimentada nas entrevistas com os pais se repete no contato com o jovem paciente. Tomada contratransferencialmente por uma urgência de reclamá-lo para a vida, a cada sessão vou a seu encontro receosa quanto à possibilidade de contato. São dúvidas que me despertam, tal como nos pais, alguma ansiedade, insegurança, a ponto de, certa vez, comunicar minha incerteza quanto a seu desejo de estar ali comigo (movida pela fantasia do menino “bonzinho” estar se submetendo mais uma vez para “não encherem o saco”). Sua resposta me surpreendeu. Com um pequeno sorriso no canto da boca, disse: “Relaxa”. Aproveito para rir frente a essa nesga de saúde que se revela num cenário de morosidade e apatia. Sua seriedade me impressiona, quase não sorri: não é apenas retraído, mas também taciturno, com um humor sombrio.

Nossos encontros transcorrem a partir de meu chamado: pergunto sobre o fim de semana (nossa sessão acontece nas segundas-feiras), a escola, os jogos, o encontro que tem todos os domingos num centro espírita, os pequenos movimentos para a vida. Seus interesses são restritos: em casa, só é permitido usar o computador

para jogar nos fins de semana, fica então no celular “assistindo aos campeonatos”. Gosta de shopping e de restaurantes. Sua ligação com as aulas de tênis e com o grupo de jovens se dá principalmente porque, tanto o professor de tênis quanto os dirigentes do centro espírita, são “animados”. Fica bem clara sua busca de referências de jovens ou mesmo de adultos que tragam vitalidade; um contraponto à desvitalização vivida junto aos pais.

Apesar de ainda estar Tateando, procurando caminhos que favoreçam a emergência de seus recursos saudáveis e de uma atmosfera de maior leveza, penso que parece existir uma demanda para um espaço de encontro comigo, também eu fazendo parte do restrito, porém vivo círculo de “animadores”. Em recente entrevista com os pais, estes relataram que, com o objetivo de contenção de custos, perguntaram a Alan o que ele deixaria: as aulas de tênis, as aulas de computação ou a terapia. Alan optou pelas aulas de computação. Também se recusa a contar para os pais sobre “o que conversamos”, o que demonstra estar-se tecendo um espaço de intimidade entre nós.

“Relaxa” – disse-me o menino, ensinando-me sobre paciência e espera. “Relaxa” – digo a mim mesma – eu também precisando recorrer aos meus recursos de saúde, de atividade, de humor, sustentando a esperança que volta e meia esmorece: no paciente, em sua indiferença desesperada; nos pais, que lutam para resgatar o filho, e em mim, quando sou desafiada a trabalhar na perspectiva de uma clínica revitalizadora.

Lembro-me aqui do texto de Winnicott *Os objetivos do tratamento psicanalítico* (WINNICOTT, 1962/1982, p. 152). Logo em seu início, o psicanalista inglês fala de, ao praticar psicanálise, ter o propósito de se manter vivo (“*keeping alive*”), se manter bem e se manter desperto. Não é à toa que, nessas linhas finais, me recordo de tais essenciais objetivos. Manter-me (ou mantendo-me) viva, bem e desperta é tarefa requerida em qualquer análise, mas aqui ressalto a importância, junto a Alan, de um ambiente vitalizado.

Uma atenção reservada que equivale ao manter-se desperta também se faz imprescindível. Ocorre-me a imagem de um obstetra Tateando o ventre materno, a fim de verificar os batimentos cardíacos do bebê: no meio do silêncio, eles surgem, primeiramente baixos, depois se tornam vigorosos. Estar junto a Alan me remete a essa imagem: não há barulhos de ondas em revolta ou agitações incontidas como nos adoecimentos por ativação; mas um barulho que vem lento, de longe, quase secreto, inaudível e oculto pela tendência à passividade. O coração a ser alcançado em meio à distância e aos muros de proteção. “Tem alguém vivo aí?”

Avançando para além das forças mortíferas, sigo em busca da resposta que vem com o coração a bater: viva, desperta e bem, preciso prosseguir, desconfiando da ausência de mares turbulentos; entretanto, confiante de que o barulho inaudível poderá ganhar a força dos gritos de clamor. Pois quando o mar traz mais perigo é quando é calma...

Recebido em: 14 de julho de 2018. **Aprovado em:** 10 de fevereiro de 2019.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, A. Níveis de trabalho analítico e níveis de patologia: o trabalho de calibragem. *Livro Anual de Psicanálise*, XXVI, 2012, p. 173-190.
- AVELLO, J. J. Metapsychology in Ferenczi: Death Instinct or Death Passion? *International Forum of Psychoanalysis*, 7 (4), 1998, p. 229-233.
- COELHO JÚNIOR, N. E.; BARONE, K. C. A importância da teoria de Winnicott sobre a comunicação para a construção do significado ético da psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41 (3), 2007, p. 88-100.
- COPPOLA, S. (Dir.) *As virgens suicidas*. [Filme-vídeo]. EUA: Distrib. Paramount Pictures, 1999.
- FERENCZI, S. A criança mal acolhida e sua pulsão de morte (1929). In: *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992a, p. 47-51.
- FERENCZI, S. Confusão de língua entre os adultos e a criança (1933). In: *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992b, p. 97-106.
- FIGUEIREDO, L. C.; COELHO JUNIOR, N. E. *Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise*. São Paulo: Blucher, 2018.
- GREEN, A. A mãe morta (1980). In: *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988, p. 239-273.
- GURFINKEL, D. *Do sonho ao trauma: psicossoma e adições*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- GURFINKEL, D. O valor da não comunicação: brincadeira de esconde-esconde. Winnicott ePrints. *Revista Internacional de Psicanálise Winnicottiana*, 9 (2), 2014, p. 20-29.
- PONTALIS, J. B. Não, duas vezes não. In: *Perder de vista: da fantasia de recuperação do objeto perdido*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988b, p. 54-73.
- PONTALIS, J. B. O homem imóvel. In: *Perder de vista: da fantasia de recuperação do objeto perdido*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988a, p. 9-14.

Fátima Flório Cesar; Luis Claudio Figueiredo

WINNICOTT, D. W. Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos (1963). In: *O ambiente e os processos de maturação*: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes médicas, 1983, p. 163-174.

WINNICOTT, D. W. O medo do colapso (1963). In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes médicas, 1994, p. 70-76.

WINNICOTT, D. W. *Os objetivos do tratamento psicanalítico* (1962). Porto Alegre: Artes médicas, 1982, p. 152-155.

Fátima Flório Cesar

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Pós-doutora pelo Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, São Paulo/SP, Brasil. fatacesar@gmail.com.

Luis Claudio Figueiredo

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Professor do Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, São Paulo/SP, Brasil. lclaudio.tablet@gmail.com.