

UMA CLÍNICA DO CUIDADO E DA PRESENÇA

A CLINIC ON CARE AND THE PRESENCE
UNA CLÍNICA DE ATENCIÓN Y PRESENCIA

Bibiana Godoi Malgarim¹

Resumo: Em um contexto de relações constituídas por sujeitos subjetivados por uma cultura imediatista, consumista e individualista, *ser presente* na sua vida ou na vida de outros se torna um desafio poderoso. Nesse sentido, o trabalho do psicanalista e sua relação com o paciente passam, cada vez mais, a ser um ponto central das discussões. O objetivo do artigo, através de uma revisão teórica, é discorrer sobre o que passa a ser denominado “a clínica do cuidado e da presença”, assim como entender suas raízes históricas. Contemporaneamente, a clínica referida é apresentada como uma prática a ser conhecida, ampliada e discutida. Para tanto, conceitos como o de transferência e contratransferência, neutralidade e abstinência precisam ser revisitados para se chegar aos autores atuais, os quais apresentam importantes integrações teóricas e, com isso, o que aqui se denomina clínica do cuidado e da presença. Apresentam-se as ideias de Freud, Ferenczi, Winnicott, Kupermann e Figueiredo. Em síntese, os analistas são convocados a fazer uma revisão constante: revisar a si mesmos, suas teorias, sua técnica, sem perder de vista o que está acontecendo em torno, nos seus micro e macro ambientes.

Palavras-chave: Psicanálise. Clínica. Cuidado. Presença. Transferência.

Abstract: In a context of relationships constituted by subjects subjectived by an immediatist, consumerist and individualistic culture, being present in your life or in the lives of others becomes a powerful challenge. In this sense, the work of the psychoanalyst and his relationship with the patient increasingly become a central point of discussions. The objective of the article, through a theoretical review, is to discuss what is now called “the clinic of care and presence”, as well as to understand its historical roots. At the same time, the referred clinic is presented as a practice to be known, expanded and discussed. Therefore, concepts such as transference and countertransference, neutrality and abstinence need to be revisited to reach current authors, who present important theoretical integrations and, with that, what is called here “the clinic of care and presence”. The ideas of Freud, Ferenczi, Winnicott, Kupermann and Figueiredo are presented. In short, analysts are called upon to make a constant review: to review themselves, their theories, their technique, without losing sight of what is happening around them, in their micro and macro environments.

Keywords: Psychoanalysis. Clinic. Care. Presence. Transference.

¹ Psicóloga e Psicanalista, Especialista em Psicoterapia Psicanalítica de Crianças e Adolescentes, Mestre em Psicologia Clínica, Doutora em Psiquiatria. Escreveu "Psicanálise e Resiliência" e "O menino que grande queria ser pequeno". E-mail: bmalgarim@yahoo.com.br

Resumen: En un contexto de relaciones constituido por sujetos subjetivados por una cultura inmediatista, consumista e individualista, estar presente en sus vidas o en las vidas de otros se convierte en un poderoso desafío. En este sentido, el trabajo del psicoanalista y su relación con el paciente se vuelve cada vez más un punto central de discusión. El objetivo de este artículo, a través de una revisión teórica, es discutir lo que hoy se denomina "clínica del cuidado y de la presencia", así como comprender sus raíces históricas. Contemporáneamente, la referida clínica se presenta como una práctica a ser conocida, ampliada y discutida. Para eso, conceptos como transferencia y contratransferencia, neutralidad y abstinencia necesitan ser revisitados para llegar a los autores actuales, que presentan importantes integraciones teóricas y, así, lo que aquí se denomina clínica del cuidado y de la presencia. Se presentan las ideas de Freud, Ferenczi, Winnicott, Kupermann y Figueiredo. En resumen, los analistas son convocados a hacer una revisión constante: revisarse a sí mismos, sus teorías, su técnica, sin perder de vista lo que ocurre a su alrededor, en su micro y macroentorno.

Palabras clave: Psicoanálisis. Clínica. Cuidado. Presencia. Transferencia.

PREFÁCIO

Antes da leitura do texto propriamente dito, creio que seria importante situar como este trabalho foi concebido e em qual contexto ele se desenvolveu. Todo o ano de 2020 foi um período de excessos, o que já caracterizaria algo do traumático por si só. Contudo, não foram somente quantidades, tratou-se também da qualidade dos eventos: COVID-19, centenas e centenas de mortes pelo mundo, descaso nas políticas de saúde no Brasil, negacionismo, mais mortes, mais medo, isolamento, incertezas. Nesse cenário, toda a vida passou a ser on-line, mediada pelas telas, sons e luzes de aparelhos que não traduzem a presença humana de maneira genuína: improvisam e excedem a nossa capacidade de nos mantermos conectados.

Poder estar vividamente presente, paradoxalmente, foi o que aprendi nesse período em que tantos perderam um pedaço de si ao perderem alguém próximo ou um familiar. Meu trabalho é nomeadamente sobre presença: uma forma de cuidado que é sutil e vital. Minha profissão é tão humana quanto qualquer um de nós. E a dor está sempre presente. De um lado ou de outro.

INTRODUÇÃO

Em um contexto de relações constituídas por sujeitos subjetivados por uma cultura imediatista, consumista e individualista, *ser presente* na sua vida ou na vida de outros se torna um desafio poderoso. Pode ser que *estar presente* eventualmente seja mais viável e menos exigente, entretanto pode não ser menos difícil para alguns. O que marcaria a diferença entre *ser* e *estar presente*? Logo isso será esclarecido.

A relação entre médico e paciente começa a ser colocada em foco quando a noção de transferência entra em cena, especialmente a partir dos primeiros casos descritos e estudados por Sigmund Freud. Com a construção de uma psicanálise sempre contemporânea ao seu tempo, as noções de transferência, contratransferência, relação terapêutica, identificação projetiva, continência, *holding*, capacidade de *rêverie*, dentre tantos outros conceitos, tomam o cenário

analítico, colocando o analista cada vez mais ativo e convocando-o a revisitar a noção de neutralidade, intervenção e cuidado.

Dessa forma, este artigo possui como objetivo discorrer teoricamente sobre o que passou a se denominar aqui a *clínica do cuidado e da presença*, buscando compreender as raízes históricas dessa forma clínica, assim como suas implicações na técnica atual.

A CLÍNICA PSICANALÍTICA: PRIMÓRDIOS

Para entender a razão pela qual a *clínica do cuidado e da presença* é uma forma de trabalho importante atualmente, é fundamental entender como e quando ela começa, ou seja, quais suas bases históricas. A psicanálise, com suas raízes fincadas nos idos séculos XIX e XX, teve como origem a própria clínica e não o contexto experimental típico (positivista), na qual há protocolos realizados em ambientes controlados, bastante valorizados devido ao pensamento positivista que imperava e que ainda frequentemente se impõe (Macedo & Dockhorn, 2015).

Conceitos como o de transferência foram – e, em verdade, ainda são – fundamentais para a estruturação de uma clínica completamente diferenciada. Entretanto, o que o conceito de transferência apresentou na época de maneira sutil comparando-se aos dias atuais? Escancarou a presença de uma relação única, revestida de memórias, significados, repetições e, mais recentemente, de criatividade.

A clínica psicanalítica colocou na cena dos tratamentos a questão da relação. Evidentemente, ainda há muitas restrições, muitas controvérsias e muitos tabus no que se está nomeando aqui como “relação”. É importante situar que o cenário ainda é o dos primórdios da psicanálise, no qual Freud se depara com Dora (Freud, 2016b) e começa a desenvolver a ideia de transferência como se conhece hoje.

Nas palavras de Freud, trata-se de

... novas edições, reproduções dos impulsos e fantasias que são despertados e tornados conscientes à medida que a análise avança, com a substituição – característica da espécie – de uma pessoa anterior pela pessoa do médico. ... toda forma de vivências psíquicas anteriores é reativada, mas não com algo do passado, e sim na relação atual com o médico (Freud, 2016b, p. 312).

Logo, nessa perspectiva freudiana clássica a transferência é uma repetição dos primeiros relacionamentos, ou seja, dos protótipos infantis. Dessa forma, é nesse solo em que o tratamento analítico ocorrerá. Resumindo, trata-se de um processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles, e, iminentemente, no quadro da relação analítica (Laplanche & Pontalis, 1998).

Em uma perspectiva mais contemporânea, para Kupermann (2008), a transferência seria o *modus operandi* da clínica psicanalítica e isso é ponto pacífico. Entretanto, há alguns desencontros na aplicação do conceito dentro da prática clínica. Para o autor, não se pode reduzir a transferência a uma fria aplicação da técnica. Kupermann (2008) também chama atenção para outro ponto dentro dessa evolução clínica: a abstinência. Esta última ganha um status regulador de uma prática calcada na lógica de que o objetivo da análise seria

o de recordar o material recalcado e, para tanto, a abstinência se prestaria para regular esse intenso campo transferencial que se estabeleceria.

A regra da abstinência é algo bastante delicado. Laplanche e Pontalis (1998, p. 3) apontam que o analista deve ser muito cuidadoso em não “satisfazer os pedidos do paciente e preencher efetivamente os papéis que ele tende a lhe impor”. Uma outra perspectiva se somou à lógica freudiana quando Ferenczi (2011a, 2011b) apontou haver uma diferença importante entre responder ao desejo do paciente e à necessidade deste. Para ele, o analista, sim, precisa ir ao encontro das necessidades do paciente e isso não é equivalente a satisfazer os desejos. Essa forma de pensar agregou à psicanálise um *setting* mais propício ao tratamento de casos que não correspondem a um quadro neurótico, como Freud vinha desenvolvendo.

A consolidação do que conhecemos como uma técnica freudiana foi sendo depurada no decorrer dos anos, conforme Freud e a psicanálise amadureciam. Para Freud (2013), alguns pontos começam a ser inovadores, uma vez que não haviam sido sequer registrados nos seus textos. Uma das inovações técnicas dizia respeito ao psicanalista passar a considerar um pouco mais a sua própria figura, e não tão somente a figura (e os fenômenos) do paciente. A essa ideia chamou-se de contratransferência, a qual era incipiente, e começava a aparecer de maneira ainda tímida no pensamento freudiano. De qualquer forma, a relação ampliou-se e a presença do analista passou a ser notada.

Porém, na perspectiva freudiana tradicional, a contratransferência não seria algo necessariamente positivo para o tratamento: ela surge como resultado da influência do paciente sobre o analista, mais precisamente sobre os sentimentos inconscientes dele, e este terá de sobrepujá-la. Sob essa ótica, Freud (2013) coloca que nenhum analista consegue avançar além do que lhe é permitido por seus próprios complexos e resistências internas, e assim, indica-se a análise do próprio analista de forma contínua, a fim de que essas resistências acabem por ceder.

Em *Recomendações ao médico que pratica a psicanálise*, Freud (2010b) buscou assinalar algumas sugestões para quem se dedicasse a trilhar os caminhos da técnica. A ideia foi situar as habilidades e necessidades que um analista haveria de ter para o exercício da psicanálise, pontos estes que seriam mais tarde amplamente discutidos por diversos outros psicanalistas. No artigo freudiano, está explícito que, para o ofício de analista, é necessária a sua própria análise: “Quem levar a sério este trabalho deveria eleger esse caminho [submeter-se ele próprio a uma análise], que promete várias vantagens; o sacrifício de franquear a intimidade a um estranho, sem que a enfermidade o obrigue a isso, é amplamente recompensado” (Freud, 2010b, p. 157).

No texto *O início do tratamento* de 1913, Freud cita a questão da neutralidade fazendo menção à postura do analista, a qual deveria ser opaca como um espelho. É em 1915, no texto *Observações sobre o amor de transferência* (Freud, 2010a), que a referência às questões contratransferenciais parece estar mais evidenciada. A postura de neutralidade, segundo o autor, deveria ser defendida dentro do processo analítico em que o amor transferencial se torna uma questão relevante e importante no desenvolvimento de uma boa análise. Dessa forma, para tanto, crê ele, a contratransferência deve estar controlada para que se mantenha a neutralidade necessária. Para Freud (2010a), há um tríplice combate a ser travado: o primeiro, na própria mente do terapeuta, “contra os poderes que buscam tirá-lo do nível analítico...” (Freud, 2010a, p. 226),

ARTIGO

referindo-se, logicamente, às questões que permeiam o amor transferencial e toda a repercussão deste em análise. Ressalta-se aqui que a referência é sobre os sentimentos do próprio terapeuta, ou seja, fala-se da contratransferência que se produz no *setting* com um paciente, sendo assim algo significativo e propenso a ser trabalhado. A título de curiosidade, os outros dois combates dizem respeito aos críticos da psicanálise e ao próprio paciente, que muitas vezes trabalha contra o seu próprio tratamento, em função de suas resistências.

A noção de neutralidade, tomada como uma qualidade que todo analista deve ter, e que conversa com a noção de abstinência, pode ser conceituada como uma condição de o analista não influenciar, não dirigir, não expressar padrões morais ou preconceituosos durante o tratamento do paciente (Laplanche & Pontalis, 1998). Contudo, os próprios analistas em sua prática foram percebendo que a opacidade sugerida por Freud (2010b) não é praticável, uma vez que “em função de sua humanidade, o analista está longe de ser completamente neutro” (Kahtuni & Sanches, 2009, p. 262). Ferenczi (2011a), no texto *Elasticidade da técnica psicanalítica*, além de colocar em xeque a abstinência freudiana tradicional, também dá indicativos de que a neutralidade total não é possível.

A presença do analista como um todo vai gradativamente ganhando mais espaço na teoria freudiana. Somente após o texto *Além do princípio do prazer* (2016a) é que Freud passa a reconhecer em seus escritos, e conseqüentemente em sua clínica, que não somente a arte interpretativa era um instrumento poderoso no *setting* analítico, mas também a presença dos “afetos vividos na relação transferencial” (Kupermann, 2008, p. 91).

O fato é que, uma vez que a psicanálise se organiza como uma ética de escuta e de tratamento, e, com isso, vai evoluindo a partir dos seguidores de Freud, outras perspectivas vão sendo inseridas. A década de 1950 foi muito importante nesse sentido, pois nela os psicanalistas passaram a estudar mais detidamente a contratransferência, e a pessoa do analista foi ganhando cada vez mais relevância no que diz respeito à relação terapêutica. Historicamente, foi Paula Heimann quem marcou esse divisor de águas no conceito e no uso da contratransferência, com um trabalho apresentado no Congresso Internacional de Psicanálise em Zurique, em 1949.

A partir daí, foi possível observar uma significativa evolução do conceito quando passou-se a entender esse fenômeno como algo que, ao contrário do que se concebia até então, auxiliaria na compreensão dos significados do material trazido pelo paciente. Nas palavras de Heimann (1950, p. 172): “Minha tese é que a resposta emocional do analista a seu paciente dentro da situação analítica representa uma das ferramentas mais importantes para seu trabalho. A contratransferência do analista é um instrumento de investigação dirigido ao inconsciente do paciente”. A psicanalista joga luz na relação que se estabelece no *setting*, ou seja, o analista é um sujeito ativo e o uso do que é despertado nele poderá dar riqueza e amplitude às interpretações que serão feitas. Para ela, “o inconsciente do analista entende o de seu paciente” (Heimann, 1950, p. 173).

A posição que Heimann (1950) adota é clara e contrária ao pensamento vigente: não concorda com a postura adotada na teoria freudiana de que a contratransferência seria um empecilho a ser evitado. Entretanto, fica explicitado que os sentimentos despertados no analista são “problemas” dele (do analista) e que, dessa forma, ele deverá depurar o que está acontecendo como uma comunicação do inconsciente do paciente, sem, em nenhum momento, comunicar o que está sentindo. Isso seria um fardo desnecessário ao paciente e, certamente, improdutivo.

Sandler, Dare e Holder (1976), em consonância com Heimann (1950), afirmam que a contratransferência é um fenômeno que abarca todos os sentimentos que o analista experimenta com relação ao seu paciente e, considerando que os inconscientes se comunicam, os sentimentos despertados são comunicações do paciente. Logo, essa transmissão chega à “superfície” sob a forma de sentimentos, os quais o analista percebe em sua contratransferência, podendo (ou devendo, segundo Heimann, 1950), dessa forma, utilizar sua resposta emocional para o entendimento do paciente.

ENTRAM NO *SETTING* FERENCZI E WINNICOTT

Kupermann (2008) faz uma síntese desse notável percorrido que a psicanálise e seus protagonistas realizaram. Tal qual se discorreu acima, o autor aponta para o conceito de transferência como “marco zero”, também citando Dora, e depois passa a apresentar a contratransferência. Kupermann (2008, p. 91) cita as contribuições de Sándor Ferenczi rememorando que havia na psicanálise o que foi descrito como uma “insensibilidade”. Ou seja, na perspectiva ferencziana, a insensibilidade nada mais era do que uma defesa do próprio analista contra suas próprias dificuldades.

Para Kupermann (2008, p. 93), “na experiência ferencziana, na medida em que a fixidez da técnica tornava-se mais elástica, os analisandos passavam a encontrar condições de expressão afetiva inusitadas, sobretudo pelas manifestações de hostilidade (transferência negativa) agora favorecidas”. Mas de onde Kupermann está referindo essas ideias?

As referências são aos textos de Ferenczi (2011a), entretanto mais especificamente ao texto *Elasticidade da técnica psicanalítica*, no qual o autor revê posições sobre a técnica e altera em definitivo o curso do trabalho com pacientes não neuróticos. Ou seja, altera um paradigma tradicional da psicanálise, pois se acreditava até então que a técnica se destinava a neuróticos exclusivamente.

Focando o que Ferenczi (2011a) apresenta no texto que se articula com o argumento do presente trabalho, é possível afirmar que todas as suas palavras trouxeram um tremor necessário para a escuta analítica, uma vez que ele problematizou justamente a incoerência que se demonstrava: a técnica psicanalítica se dizia singular na sua escuta, respeitando as idiosincrasias; entretanto, na prática, massificava seus pacientes, uma vez que a escuta necessariamente encaminharia para alguns quadros específicos, e a técnica seria única, alheia justamente às singularidades. Nas palavras de Ferenczi (2011a, p. 31): “Adquiri a convicção de que se trata, antes de tudo, de uma questão de *tato* psicológico, de saber quando e como se comunica alguma coisa ao analisando...”. Uma frase aparentemente simples; contudo, na prática, não.

O *tato* ferencziano diz respeito à faculdade de “sentir com” (Ferenczi, 2011a). Não se tratava de ser bondoso ou gratificar no sentido de ferir a abstinência tão crucial para os analistas da época, mas, sim, tratava-se de que o analista precisava compreender, aceitar e trabalhar o ponto de pressão singular de cada paciente para que este não sucumbisse à resistência e pudesse dar seguimento ao trabalho analítico. A pressão pura e simples, sem *tato*, só aumentaria as chances de o paciente se afastar, consciente ou inconscientemente, do processo e do vínculo com o analista.

Nesse texto, Ferenczi (2011a) ensina aos colegas o quanto a postura do analista estava distante, criando uma verdadeira ausência no *setting*, quando, em verdade, deveria ser o justo oposto. Segundo o autor, é necessário ser flexí-

vel como uma tira elástica, ceder sem abandonar a tração e não sentir embaraço de reconhecer erros que se tenha cometido. Essa posição é radicalmente diferente do que se adotava até o momento e convida o analista a um outro nível de proximidade e afetividade.

Ferenczi (2011a, 2011b) deixou um terreno muito fértil para outros analistas expressarem ou cunharem outras ideias complexas, complementares e inovadoras. Nomeadamente, a referência a ser feita é ao psicanalista Donald Winnicott. Este último introduziu o que se conhece hoje, com muita convicção, como a ética do cuidado psicoterapêutico. A clínica winnicottiana é um trabalho sobre a continuidade, divergindo dos seus contemporâneos que acreditavam que o “ato analítico”, o qual criava uma interrupção, era o (único) caminho.

O que fez Winnicott enxergar tudo isso?

Não é possível desconsiderar sua prática como pediatra. Uma experiência conectada com o início da vida; um olhar muito atento, verdadeiramente observador, para os fenômenos do humano; uma sensibilidade que pode ser usada a favor de uma escuta cuidadosa e presente. Nessa clínica, Winnicott (Fulgencio, 2016) alcançou para os analistas posteriores um novo paradigma, uma vez que demarcou que a técnica da qual lançava mão não se destinava aos neuróticos freudianos clássicos, mas sim a quem não havia alcançado a integração necessária para ser rotulado como um. Em outras palavras, houve uma descentralização da teoria e da prática de um dos pilares clássicos da psicanálise: o complexo de Édipo. Na perspectiva winnicottiana, chegar à conflitiva edípica já seria uma grande vantagem em termos de desenvolvimento, e a clínica sobre a qual Winnicott estava se debruçando e abrindo espaço era uma clínica de pacientes que não tiveram a oportunidade/condições de alcançar o dilema edípico. Isso mudou tudo.

Mas de quais mudanças se está falando?

A teoria, primeiramente, irá se debruçar sobre uma nova perspectiva de compreensão dos sujeitos: um olhar sobre os processos iniciais de maturação, sobre uma nova forma de compreender a organização egoica e de relação com o ambiente. Em termos técnicos, altera o olhar e a escuta do paciente, logo transforma o lugar do analista: não falamos mais de um analista opaco como um espelho – essa frase lembra algo? – mas, sim, de um profissional mais conectado com sua humanidade presente na cena analítica.

Utilizando as palavras do psicanalista, para fins de fidedignidade das ideias acima expostas, no seu texto *Formas clínicas da transferência*, de 1955, Winnicott (2000b, p. 396), em algumas linhas, desnuda o quanto a técnica não poderia ser mais a mesma:

Uma das características da transferência nesse estágio é o fato de que devemos permitir que o passado do paciente torne-se presente. ... Enquanto na neurose de transferência o passado vem ao consultório, nesse tipo de trabalho é mais correto dizermos que o **presente retorna ao passado, e é o passado**²...

Winnicott (2000b) segue reafirmando o quanto o analista, assim como a

² Grifo da autora

mãe suficientemente boa³, deverá realizar uma adaptação necessária para que o paciente, pela primeira vez, vislumbre a possibilidade de crescimento do seu verdadeiro self, assim como de experimentar uma sensação de integração.

É fundamental para o seguimento desta explanação reforçar o quanto importante foi essa mudança de paradigma, retomando a ideia de que os pacientes aos quais Winnicott dedica tal atenção são sujeitos que, em termos de desenvolvimento emocional, estão retidos (ou fixados) no período pré-edípico freudiano. Logo o laço transferencial se compõe com outra intensidade e singularidade, ou seja, é muito mais delicado. Nesse sentido, o *setting* também exigirá alterações: com pacientes fortemente traumatizados, há uma exigência de adaptação ativa do ambiente às necessidades deles. Observe que se fala de *necessidades*, não de desejo: ou seja, o que começou a ser plantado na teoria ferencziana, como foi apontado no artigo anteriormente, germina com a perspectiva winnicottiana, demarcando que essa proposta clínica abraça pacientes mais regressivos, ou, como se cunhava na época freudiana, pacientes difíceis.

No consagrado texto *O ódio na contratransferência* (2000c), Winnicott explorou um território ainda não escrito pelos psicanalistas e, com isso, demonstrou novamente a intensidade de uma clínica que se orienta a pacientes que requerem do analista cuidados enormes, inclusive a condição de sobreviver aos ataques e a seu próprio ódio. Para Winnicott (2000c, p. 287), tal qual a mãe de um bebê, o analista deverá dispor de “toda a paciência, tolerância e confiabilidade” para o tratamento de pacientes marcados por experiências iniciais fortemente deficientes, falhas ou distorcidas.

Nesse espaço singular de cuidado, o manejo deve ser preciso e, em um sentido estreito, deverá ser básico. O que se quer dizer com “básico”? Fala-se de proporcionar através do laço transferencial um primeiro ambiente, o qual forneça elementos necessários para uma integração e personalização mais madura, um ambiente que se mostre capaz de acolher, suportar e prover.

Esse básico, logo, trata-se de um *holding*, o qual se esperava do cuidador inicial e que, por alguma razão, não pode acontecer. Nas palavras de Winnicott (2000c, p. 287), o analista precisa ser disponível e objetivo, além de dever “parecer querer dar o que na verdade precisa ser dado apenas em razão das necessidades do paciente”. Ou seja, é uma clínica que exige uma presença viva e inteira do analista.

UMA ESCRITA INTEGRATIVA E CUIDADOSA: LUÍS CLÁUDIO FIGUEIREDO

As contribuições de Luís Cláudio Figueiredo fazem parte do cenário psicanalítico necessário para a compreensão da história da psicanálise (Figueiredo, 1991), assim como para a apropriação de novas perspectivas para a clínica e para a própria teoria (Figueiredo, 2012). Segundo o autor, a psicanálise neces-

³ A mãe suficientemente boa é aquela que comporta em si a experiência profunda de ter sido cuidada e, assim, amada. Não só amada por um ambiente cuidador, mas ter sentido por si mesma, na pele e na alma, que foi amada. Essa condição a torna capaz de liberar espaço narcísico para cuidar de seu bebê sem preencher esse espaço com suas próprias demandas, suas necessidades ou seus desejos. A mãe winnicottiana suficientemente boa, sendo da ordem do espontâneo, não evitará o erro inevitável porque entende – de maneira inconsciente, provavelmente – que sua onipotência é infantil, logo impossível, e o que era então erro, dentro da relação mãe-bebê, criará o espaço para ilusão e espaço transicional desse bebê. Ela acerta errando, por assim dizer (Winnicott, 2000a).

ARTIGO

sita ser incansavelmente reinventada, ainda que deixe claro que Freud é contemporâneo ao tempo em que se vive, desde que o “saibamos ler” (Figueiredo, 2012, p. 13).

Figueiredo (2012) aponta que há uma ética nas relações humanas, a qual é entendida como a disposição do mundo humano em receber novos membros. Essa ética é demonstrada e sentida através dos cuidados dos quais os humanos são alvo. Entretanto, para que ela de fato se instale e seja repassada como um *modus operandi* da humanidade, é fundamental que essa história tenha sentido, ou seja, tenha um nexos que conecte as experiências, os sentidos e os afetos para que, assim, humanize a vida. Para o autor, essa é a tarefa ética dos cuidados.

Uma função primordial é a do *holding*, a qual se trata da condição de sustentar o bebê, garantindo a sensação de continuidade e integração. Logo em seguida, outro processo entra em cena, o de reconhecer, o que significa, de acordo com Figueiredo (2012, p. 138), que “cuidar é, basicamente, ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto dos cuidados no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho e, se possível, levando de volta ao sujeito sua própria imagem”. Figueiredo (2012) costura aqui, como já o fez em escritas anteriores, contribuições de vários psicanalistas que, através de conceitos únicos, demonstraram que o cuidador também deverá ser uma fonte de inquietação e questões para o sujeito cuidado.

Em 2000, o autor em questão lança mão do que chamou de “presença implicada e presença reservada” (Figueiredo, 2012). Acreditando na insuficiência das descrições de neutralidade feitas pelos analistas, com o desenvolvimento de diferentes demandas e da própria psicanálise, foi preciso repensar a presença do analista no *setting*, especialmente para os casos tidos como mais difíceis. Dessa forma, o equilíbrio entre a implicação e a reserva também se torna um desafio, uma vez que o excesso de qualquer uma delas pode levar ao descuido ou à ausência (Malgarim, 2021). Fica claro com a vivência prática que, em verdade, uma presença depende da outra. A presença implicada, feita por psicoterapeutas e analistas, deve ser uma presença comprometida e atuante, entretanto a lógica que fica implícita na descrição do conceito é a de que “fazer algo” está estritamente relacionado com a condição de “não fazer” quando necessário, ou seja, a presença reservada.

Figueiredo (2009; 2012) ressalta que o cuidado não poderá ser da ordem do sufocamento, tal qual uma mãe que toma o bebê como sua propriedade, não atribuindo a ele uma sensação espontânea de que sua experiência “faz sentido”. Isto é, o bebê não é reconhecido como um outro separado da mãe devido a uma intensidade invasiva – nesse caso, devido a um “cuidado que não dá sossego” (Figueiredo, 2009, p. 129). Dessa forma, se a experiência sufocante persistir, gradativamente essa experiência claustrofóbica produzirá uma condição de dependência da atenção do cuidador, como num estado de alienação das suas próprias condições – latentes, talvez. Esse estado pode ser entendido como algo de traumatismo crônico.

A presença reservada oferece ao objeto de cuidado um espaço desobstruído, ou seja, não saturado. É nesse espaço vital, livre e desocupado que o sujeito exercitará suas condições de alucinar, brincar, pensar e criar. É função de quem cuida proteger e garantir esse espaço. De acordo com Figueiredo (2012), é na presença reservada do agente de cuidado que se cria o espaço transicional (Winnicott, 2000d).

O que seria muita implicação ou muita reserva com cada paciente?

Está patente à noção de mãe suficientemente boa que a mãe/o cuidador deva carregar em si registros de cuidado para, assim, poder transmitir essa noção de amor sob os registros de cuidado e atenção. Uma vez nessa posição, ela terá condições de não invadir seu bebê com suas necessidades e angústias. Assim, ocorrerá uma ação gradativa de desapegar-se, uma vez que essa presença reservada se trata da possibilidade de a criança brincar sossegada enquanto a mãe simplesmente está ali, ao lado e silenciosa, sem invasão, sem abandono.

Dessa forma, os dois, mãe e criança, podem desenvolver suas atividades de maneira paralela e sem distância afetiva. Nessa condição, Figueiredo (2009; 2012) aponta em seu texto algo especialmente bonito: a possibilidade de o cuidador se deixar cuidar por quem ele cuida. Ou seja, a mãe também sente que é cuidada pelo seu bebê e isso produz um espaço vital, não obstruído e, conseqüentemente, criativo nessa relação. Dessa maneira, o cuidado poderá ser transmitido e o amor é registrado nessa construção trabalhosa e geracional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim como a relação entre analista e paciente, a qual vai se construindo encontro a encontro, um trabalho teórico é produzido palavra a palavra, frase a frase. Estas linhas todas nada mais visam do que a declarar seu testemunho de como a clínica psicanalítica foi se transformando desde a época de Freud. Hoje identifica-se um forte movimento entre os psicanalistas o qual lança luz sobre o que se denomina “clínica do cuidado e da presença”, a qual vai se apresentando de maneira cuidadosa, ora implicada, ora reservada.

O cuidado com o paciente está presente na psicanálise desde sua origem. Contudo, hoje dispomos de recursos teóricos mais amplos para discutir as demandas clínicas, assim como a própria noção do que é cuidado e presença. Nesse sentido, um exemplo muito claro é a compreensão prática – e não apenas teórica – da singularidade da psicopatologia/sofrimento do paciente (assim como os diversos aspectos/facetas que o compõem), para uma condição adequada de *setting*.

Tanto pós-freudianos, como Ferenczi, quanto psicanalistas mais contemporâneos foram “atacados” quando apresentaram novas concepções da escuta clínica: falar de identificar necessidades e adaptar-se ativamente a elas foi um estremecimento significativo para as bases da psicanálise tradicional. E em verdade, ainda o é. Nos circuitos psicanalíticos ainda são muito frequentes confusões e distorções sobre conceitos como o de *tato*, o de adaptação do analista, *holding*, dentre outros mencionados no texto acima. Contudo, como claramente é referido nos textos citados, não se trata de ser “bonzinho”, nunca foi sobre isso. Trata-se de uma presença cuidadosa e atenta, a qual não se exime das suas próprias limitações, e que não submeterá o paciente a uma regra única, massificando o sofrimento.

Logo, afirmo que cuidado é a sintonia com o aspecto que o paciente está apresentando naquele momento da sessão e do seu tratamento. Não se trata de fazer uma escuta, mas sim de fazer A escuta daquela singularidade que se descortina diante de nossos olhos e ouvidos, abrindo nosso *setting* verdadeiramente para uma psicanálise menos moralista e cheia de duras preconcepções de como “deve” ser o paciente e/ou o psicanalista. Parece cada vez mais claro o cuidado que se deve tomar para não transformar o divã do psicanalista em um

divã de Procusto, mas ao contrário disso, fazer, de fato e de afeto, uma escuta de quem está ali na sua frente.

Parece-me pertinente neste momento frisar o quanto os analistas precisam se revisar constantemente: revisar a si mesmos, as suas teorias, sua técnica, sem perder de vista o que está acontecendo em torno, nos seus micro e macro ambientes. Dessa maneira, creio que essas práticas atualizadas e pensadas para a relação terapêutica necessitam de atenção, de escrita, de discussão e de divulgação.

Winnicott (2017) em 1952 escreveu uma célebre carta para Melanie Klein, na qual reafirmava sua convicção na vida da psicanálise, na medida em que essa se possibilitasse ser vista por diferentes olhares. Disse ele: “Suas ideias só viverão na medida em que forem redescobertas e reformuladas por pessoas originais, dentro e fora do movimento psicanalítico” (Winnicott, 2017, p. 44). O percurso que cada analista traçará para si mesmo me parece um constante equilíbrio entre se sustentar nas bases tradicionais da psicanálise e não perder a ousadia da criatividade.

REFERÊNCIAS

- Ferenczi, S. (2011a). Elasticidade da técnica psicanalítica. In S. Ferenczi, *Psicanálise IV* (pp. 29-42, 2a ed.). São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (2011b). Princípio do relaxamento e neocatarse. In S. Ferenczi, *Psicanálise IV* (pp. 61-78, 2a ed.). São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Figueiredo, L. C. (1991). *Matrizes do pensamento psicológico* (6a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Figueiredo, L. C. (2009). As diversas faces do cuidar: Considerações sobre a clínica e a cultura. In M. S. Maia (Org.), *Por uma ética do cuidado* (pp. 121-140). Rio de Janeiro: Garamond.
- Figueiredo, L. C. (2012). A metapsicologia do cuidado. In L. C. Figueiredo, *As diversas faces do cuidar: Novos ensaios de psicanálise contemporânea* (pp. 131-151). São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (2013). *Observações sobre um caso de neurose obsessiva (“o homem dos ratos”), Uma recordação de infância de Leonardo da Vinci e outros textos (1909-1910)* (P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (2010a). Observações sobre o amor de transferência. In S. Freud, *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“o caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)* (pp. 210-228; P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (2010b). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. In S. Freud, *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“o caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)* (pp. 147-162; P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (2016a). Além do princípio do prazer. In S. Freud, *História de uma neurose infantil (“o homem dos lobos”), Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)* (pp. 161-239; P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (2016b). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, Análise fragmentária de uma histeria (“o caso Dora”) e outros textos (1901-1905)* (P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Fulgencio, L. (2016). *Por que Winnicott?* São Paulo: Zagodoni.
- Heimann, P. (1950). Sobre a contratransferência. *International Journal of Psycho-Analysis*, v. XXXI.

Kahtuni, H.C., & Sanches, G. P. (2009). *Dicionário sobre o pensamento de Sándor Ferenczi: Uma contribuição à clínica psicanalítica contemporânea*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Kupermann, D. (2008). Presença sensível. A experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. In D. Kupermann, *Presença sensível: Cuidado e criação na clínica psicanalítica* (pp. 83-108). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. L. (1998). *Vocabulário de psicanálise* (3a ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Macedo, M. K. M., & Dockhorn, N. B. F. C. (2015). Psicanálise, pesquisa e universidade: Labor da especificidade e do rigor. *Perspectivas em Psicologia: Revista de Psicologia y Ciencias Afines*, 12(2), 82-90.

Malgarim, B. (2021). Amar no excesso, o avesso do cuidar: O mito do amor materno na perspectiva winnicottiana. *Revista Rabisco*, 11(1), 34-45.

Sandler, J.; Dare, C.; & Holder, A. (1976). *O paciente e o analista: Fundamentos do processo psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. (2000a). *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. (2000b). Formas clínicas da transferência. In D. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 393-398). Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. (2000c). O ódio na contratransferência. In D. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 277-287). Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. (2000d). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 316-331). Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. (2017). *O gesto espontâneo* (3a ed.). São Paulo: WMF Martins Fontes.