

## Uma dimensão paradoxal da teoria de Winnicott sobre a comunicação e sua importância na psicoterapia com crianças gravemente enfermas

Karina Codeço Barone  
Nelson Ernesto Coelho Junior

*A teoria de Winnicott sobre a comunicação contempla uma dimensão paradoxal. Comunicar-se e não se comunicar são fundamentais à plena realização do self. No setting psicoterapêutico, é a presença de um outro humano significativo e não-invasivo que permite ao paciente tanto comunicar suas experiências, quanto preservar um núcleo privado do self incomunicado. Neste trabalho, discutiremos a importância desta teoria de Winnicott sobre a comunicação na psicoterapia com crianças gravemente enfermas. Esta situação lança o paciente a uma condição de extrema exposição, decorrente de terapêuticas médicas invasivas. Assim, o espaço da psicoterapia deve procurar oferecer continência para que o paciente possa tanto compartilhar suas experiências traumáticas, obtendo proveito dessa comunicação para fins de elaboração, como preservar um núcleo privado do self.*

**Palavras-chave:** Winnicott, comunicação, psicoterapia psicanalítica, estudos da subjetividade

## Introdução

Enfermidades físicas graves durante a infância ou a adolescência (tais como neoplasias, insuficiência renal crônica, fibrose cística, dentre outras) conduzem o paciente e sua família a situações agudas de crise, manifestas na forma de *stress* emocional, distúrbios emocionais, perturbações na auto-estima e comprometimento da qualidade de vida, dentre outros sintomas psicopatológicos. Assim, cada vez mais tem sido proposto que um sistema integrado de atenção ao paciente deve incluir avaliação psicológica e atendimento psicoterapêutico para pacientes e suas famílias (Di Gallo, 2001; Sutton, 2002; Barone, 2005).

Quando levamos em conta o atendimento de pacientes adolescentes, é necessário considerar que, em alguns casos, pode haver uma crise prévia, própria à puberdade, ao lado da crise despertada pelo adoecimento (Freud, 1905, Ferrari, 1994). Esta situação compromete, por exemplo, a aliança terapêutica com a equipe médica, ou a relação do paciente com seus familiares, dado que lhe é dificultoso assumir uma posição de dependência em relação aos demais cuidadores neste momento em que a independência é tão desejada. Outra fonte de angústia para os pacientes que tem sido amplamente reconhecida refere-se à perda da função de continência dos pais (Bion, 1962, 1967), por causa do seu temor em relação à sobrevivência dos filhos.

Assim, entendemos que um dos objetivos fundamentais da intervenção psicoterapêutica dirigida a pacientes portadores de doenças graves consiste em ajudá-los a elaborar as experiências de perda decorrentes do adoecimento por meio de um trabalho de luto (Barone, 2004, 2005). Este é um aspecto essencial do atendimento psicoterapêutico, dado que muitos sintomas psicológicos afetam significativamente a capacidade psicológica para o crescimento e desenvolvimento criativo do *self*.

Outro ponto fundamental a ser considerado diz respeito ao fato de que as intervenções médicas necessárias na maior parte de doenças graves apresentam-se como fortemente intrusivas, tanto por seus procedimentos dolorosos, quanto por sua obrigatoriedade.

Ao lado disso, é fundamental considerar o fato de que adoecimentos graves, quando ocorridos no início da infância, acarretam problemas relativos à intromissão prematura da realidade, em uma fase onde a criança deve poder experimentar a sua própria onipotência no contato com o

ambiente. Isso pode acarretar, entre outras coisas, uma perda na espontaneidade do paciente no contato com a realidade. A criança vê-se obrigada a uma rotina completamente nova, que interrompe suas atividades costumeiras (sejam elas relacionadas às suas brincadeiras, ao cotidiano na escola, às relações com seus familiares).

Winnicott (1963, p. 182) considera que a recusa do objeto desempenha um papel importante na criação do objeto. Penso que este é um dos pontos que tem interferência na aparente *resistência* que alguns pacientes têm à intervenção terapêutica. Muitos pacientes, quando encaminhados à psicoterapia, mostram-se relutantes em conversar com os psicólogos, manifestando seu comportamento através de resmungos, choros, ou mesmo franca oposição. Talvez o espaço da psicoterapia seja um dos poucos nos quais a criança pode exercer sua atividade (ou relutância) sem ter seu tratamento prejudicado. Assim, a criança busca com sua recusa estabelecer o objeto a partir de sua própria criatividade. Este tempo inicial de resistência tem se mostrado necessário para que possamos nos estabelecer a partir da atividade criativa da criança, para que possamos construir o espaço terapêutico a partir de suas próprias necessidades. É apenas nesse registro que a psicoterapia pode funcionar como um ambiente facilitador, que forneça “à criança a experiência de onipotência” e que permita à criança reencontrar o “aspecto criativo da *experiência*.” (Winnicott, 1963, p. 180). Assim, quando a criança experimenta a onipotência por intermédio do ambiente facilitador, ela está criando o objeto que, ao mesmo tempo, está ali para ser encontrado.

Referimo-nos, por exemplo, à gama de diferentes atuações que os pacientes nos requisitam no atendimento: pacientes que desejam conversar sobre a rotina do hospital, pacientes que desejam ouvir histórias enquanto estão deitados na cama, pacientes que querem desenhar e conversam muito pouco, pacientes que vêm na brincadeira uma possibilidade de comunicação e etc. Independente da atividade proposta, entendemos ser importante esperar que a criança possa criar/encontrar uma atividade que tenha ressonância com seus próprios aspectos criativos. Para que isso aconteça é fundamental que o terapeuta esteja em uma posição específica, que comporta ao mesmo tempo uma implicação e uma reserva, como sublinha Winnicott (1971) em seu livro a respeito das *Consultas terapêuticas*.

Por constituir-se fundamentalmente como uma teoria sobre a comunicação profunda com o paciente, as *Consultas terapêuticas* contribuem significativamente para a construção de uma teoria sobre o significado ético do método psicanalítico. A partir de uma prática clínica baseada, por um lado, no uso da contratransferência por parte do analista e, por outro, nas necessidades do *self* do paciente, Winnicott demonstra como sustentar uma ética diante do paciente que não o aliene.

## Uma teoria da comunicação

Começemos por interrogar qual é a condição psíquica necessária e indispensável ao terapeuta na consulta terapêutica. Daqueles que se dispõem a executar esta tarefa especializada, exige-se que esteja em contato com o paciente, ou seja, uma forma de implicação especializada, que permita que se desenrole uma comunicação profunda entre os participantes. Esta condição do terapeuta é sintetizada por Winnicott (1971, p. 2) nos seguintes termos:

... deve existir uma capacidade evidente de se identificar com o paciente, sem perder a identidade pessoal, deve existir no terapeuta uma capacidade de conter os conflitos do paciente, ou seja, contê-los e esperar por suas resoluções no paciente, ao invés de procurar a cura ansiosamente, deve haver uma ausência da tendência de retaliar sob provocação.

A síntese de Winnicott constrói para o terapeuta um lugar caracterizado como uma espécie de implicação, que deve saber estar em contato sem se confundir, conter e confiar no processo maturacional e, finalmente, não responder nunca de maneira retaliadora. É a mesma condição que se exige da mãe diante do seu bebê, que deve ser uma presença, de maneira a prover a provisão ambiental que o bebê necessita; ao mesmo tempo em que deve “ausentar-se” de maneira a permitir ser criada pelo bebê e que, sobretudo, o desenvolvimento do bebê se dê de acordo com o seu verdadeiro *self*. É neste jogo de comunicação e reserva que vemos a importância de abster-se de interpretações desnecessárias, ou seja, aquelas que ocorrem prematuramente ao terapeuta, isto é, antes do paciente tê-las construído na relação com ele.

Aqui, interessa resgatar o argumento de Figueiredo (2000) de que Freud buscava, com suas recomendações técnicas àqueles que exercem a psicanálise, coibir o furor curativo (de buscar a cura a qualquer custo), o furor compreensivo (de interpretar antes do paciente alcançar seu próprio entendimento) e o furor pesquisante (que a busca pelo saber em psicanálise interponha-se entre paciente e analista durante o tratamento). Assim, era fundamental interditar as pretensões onipotentes do analista, em relação ao que ele sabe ou faz na sessão. Com a interdição de comportamentos excessivos, abre-se um campo de trabalho que, segundo Figueiredo, comporta uma certa ausência. Esta ausência não deve ser entendida como afastamento, mas sim, como uma possibilidade de estar em contato sem invadir. Assim, Figueiredo (p. 20) a nomeia como uma “presença reservada”. É neste lugar de presença e reserva que a psicanálise sustenta uma ética em relação ao paciente, que permite a revelação de sua própria alteridade.

Em relação a essa questão, vale recordar as idéias de Figueiredo e Coelho Júnior (2000) a respeito da ética do lugar do analista. Os autores propõem Ética

entendida como posição e como lugar (morada), como postura fundamental, como modo de escutar e falar ao e do outro em sua alteridade – a alteridade do inconsciente. Uma ética compreendida como abertura, respeito, resposta e propiciação ao outro. Algo que não se assemelha em nada a uma “moral” e que, portanto, não poderá jamais ser convertido em um código de prescrições e proibições. Trata-se, de fato, muito mais de uma disposição ao convívio acolhedor, mas nem por isso tranqüilo, com o inesperado e o irredutível, que caracteriza a alteridade, do que da formulação de regras prescritivas que pudessem modelar o fazer analítico (Figueiredo & Coelho Jr., 2000, p. 7).

As consultas terapêuticas parecem também permitir a sustentação de uma ética diante do paciente, se considerarmos como Winnicott que devemos nos preocupar mais em apresentar os limites de construção de um campo de escuta e comunicação, do que propriamente uma técnica que pode ser reproduzida a partir de uma receita previamente estabelecida. Deve-se ter mente que o Jogo dos Rabiscos, ou qualquer outra técnica que venha a ser empregada durante as *consultas*, é apenas um meio de se obter a comunicação com o paciente. É a partir da existência de uma comunicação profunda entre terapeuta e paciente que podemos depreender das Consultas Terapêuticas uma teoria a respeito da contratransferência. Afinal, o terapeuta deve estar em contato com o paciente e com o que nele é provocado por este contato, no momento em que se dedica ao Jogo dos Rabiscos.

Vemos ao longo do relato de Winnicott sobre as *Consultas terapêuticas*, diversos momentos em que ele renuncia a ocupar um lugar de saber e abre mão de pronunciar uma interpretação, dado que isto poderia comprometer o ato criativo do paciente. Um exemplo disso pode visto no seu atendimento de Iiro, um garoto finlandês com uma deficiência nos dedos das mãos e pés, que logo no primeiro rabisco de Winnicott diz que se trata de um pé de pato. Na seqüência, Winnicott (1971, p. 13) informa-nos: “Isto foi uma surpresa completa para mim e estava claro que ele queria comunicar a mim o assunto relativo à sua deficiência. Eu não fiz nenhuma observação (...)”. Alguns desenhos mais tarde, quando Winnicott testa sua hipótese, desenhando outros pés de pato, e o paciente responde construindo a sua própria versão dos mesmos desenhos, Winnicott afirma (p. 14): “Eu soube que nós entrávamos firmemente no assunto dos pés em forma de rede e assim eu podia esperar que isto se transformasse em uma comunicação sobre a sua deficiência”. Contudo, Winnicott enfatiza que não faz sentido algum comunicar ao paciente que ele estava tratando do assunto da sua deficiência por intermédio dos pés de pato. O mais importante é esperar, para que aquilo se transforme em uma comunicação de algo significativo.

Este exemplo leva-nos a pensar, ainda, na importância das consultas terapêuticas em termos de elas constituírem-se como uma possibilidade de uma

*experiência significativa* com o outro. Assim, não se trata de um trabalho de decodificação de símbolos, mas sim a articulação em uma organização simbólica na presença de um outro significativo. É a experiência com um outro significativo que permite ao paciente nomear experiências traumáticas. Ao desenhar os pés de pato, Iiro comunicava a Winnicott importantes aspectos da sua experiência, buscando uma articulação simbólica para o que não podia ser dito.

Da mesma maneira que uma paciente vítima de câncer brinca com uma família de bonecos, onde a filha está doente e encena várias vezes o adoecimento e a morte da boneca. Durante todo o tempo em que trabalhamos com esta paciente, decidimos não fazer interpretações formais. Nossa preocupação era ajuda-la a comunicar, por intermédio da sua brincadeira, o que era importante para ela. Nomear suas experiências de temor era fundamental para auxiliá-la a reconstruir um sentido de esperança. Esta intervenção relaciona-se com a posição de Winnicott, que tende a olhar não para o que está escondido ou inconsciente, mas por aquilo que está em uma pessoa à espera de um reconhecimento por um outro. Ao propor um método que privilegia a comunicação em seu aspecto paradoxal, julgamos ter encontrado uma possibilidade de oferecer à paciente uma oportunidade para narrar os acontecimentos de acordo com o seu ponto de vista, retomando um discurso a respeito do seu próprio corpo, alienado no discurso médico.

### **Um aspecto paradoxal da comunicação**

A teoria de Winnicott sobre a comunicação contempla uma dimensão paradoxal. Ao reconhecer diferentes necessidades do *self* individual, Winnicott salienta tanto a necessidade de que o sujeito possa comunicar-se com os objetos, quanto a necessidade de que certos aspectos de seu *self* permaneçam continuamente não-comunicados. Comunicar-se e não se comunicar são, assim, fundamentais à plena realização do *self*. É a presença de um outro humano significativo e não invasivo que permite ao paciente tanto comunicar suas experiências, quanto preservar um núcleo privado do *self* incomunicado. Winnicott reconhece que “embora pessoas saudáveis se comuniquem e gostem de se comunicar, o outro fato é igualmente importante, que cada indivíduo é um isolado, permanentemente não-comunicado, permanentemente desconhecido, de fato, não-encontrado” (Winnicott, 1963, p. 187).

Com essa afirmação, Winnicott está chamando atenção para a existência de um núcleo sagrado dentro do indivíduo, que merece ser preservado. É claro que, na vida, essa solidão é amenizada pelas trocas prazerosas no cenário cultural.

Contudo, a necessidade de preservação é também fundamental. A questão que se coloca é a seguinte: como ser isolado, sem ser insulado. Essa teoria aponta para a necessária maturação que capacita a criança a, por exemplo, “ficar sozinha na presença da mãe”, ou seja, que possa concentrar-se em uma atividade própria, mantendo os limites da sua própria identidade, e com um maior grau de independência, ou seja, nem isolar-se, nem confundir-se.

É ainda essa posição que permite inferir que na adolescência, “a preservação do isolamento pessoal é parte da busca de identidade e pelo estabelecimento de uma técnica pessoal de comunicação que não leve à violação do *self* central” (Winnicott, 1963, p. 190).

Adoecimentos graves na infância lançam o paciente a uma condição de extrema exposição, decorrente de terapêuticas invasivas. Assim, o espaço da psicoterapia deve procurar oferecer continência para que o paciente possa tanto compartilhar suas experiências traumáticas, obtendo proveito desta comunicação para fins de elaboração, como preservar um núcleo privado do *self*. A autenticidade e vivacidade do espaço terapêutico dependem da manutenção deste equilíbrio paradoxal entre aspectos comunicados e não-comunicados.

Este ponto de vista é sintetizado por Ogden (1997, p. 123) que propõe uma crítica em relação à regra fundamental da psicanálise (de falar tudo o que vier a mente), de maneira a não excluir o necessário aspecto de privacidade e não-comunicação indispensáveis à vivacidade do espaço intersubjetivo gerado entre analista e paciente, e acrescenta:

Privilegiar a fala em detrimento do silêncio, revelação em detrimento da privacidade, comunicação em detrimento da não-comunicação, parece tão não-analítico quanto seria privilegiar a transferência positiva em detrimento da negativa, gratidão em detrimento da inveja, amor em detrimento do ódio, o modo depressivo de gerar experiência em detrimento dos modos esquizo-paranóides e contíguo-autístico de gerar experiência.

Assim, vemos que a psicoterapia deveria representar, nas palavras de Winnicott, um jogo de esconder e mostrar, que significa que a criança possa recuperar uma certa privacidade, ao mesmo tempo em que pode comunicar o que julgar importante. Esta presença implicada e reservada permite manter um paradoxo entre os aspectos comunicados e a privacidade do *self*. Como diz Winnicott, o prazer em se esconder só existe porque há a esperança em ser encontrado: “é uma alegria se esconder, mas um desastre não ser encontrado”. (Winnicott, 1963, p. 186). É por isso que a presença do terapeuta deve comportar uma certa ausência, com o objetivo de permitir ser criada pelo paciente. Winnicott salienta que quanto tudo corre bem, em termos do desenvolvimento emocional primitivo, o bebê cria o que está de fato ao seu lado, esperando para ser encontrado. Contudo, ele assinala a importância de que o objeto seja criado, e não

meramente encontrado. Podemos supor que a invasão trazida por técnicas medicamentosas intrusivas fere substancialmente a capacidade da criança em dar continuidade ao controle onipotente do objeto, fazendo com que ela tenha que encontrar e, mais importante, lidar com uma realidade que não guarda ressonância com seus próprios aspectos criativos. A intervenção terapêutica deve, portanto ajudar a criança a recuperar seu aspecto criativo na realidade, como apontado por Octavio Paz, ao comentar possíveis saídas para a solidão que atinge o homem. Paz (1984, p. 184) reconhece que a criança, através do brincar, põe em execução uma capacidade especial para elaborar um tipo de estranhamento com a realidade:

Graças à brincadeira e à imaginação, a natureza inerte dos adultos – uma cadeira, um livro, um objeto qualquer – adquire logo vida própria. Pela virtude mágica da linguagem ou do gesto, do símbolo ou do ato, a criança cria um mundo vivente, onde os objetos são capazes de responder às suas perguntas.

Ao povoar o mundo com os seus gestos, a criança acredita ter criado a realidade à sua volta, e, com isso, elabora a dor de seu desamparo e do estranhamento com a realidade por meio de sua capacidade criativa. Este aspecto é fundamental quando estamos trabalhando com pacientes que devem lidar com a intromissão de uma realidade dolorosa prematuramente.

### Considerações finais

Ao longo da nossa experiência clínica no atendimento psicoterapêutico de crianças portadoras de doenças físicas graves, pudemos perceber a importância das consultas terapêuticas. Vemos na teoria de Winnicott sobre a comunicação a partir de dois pilares principais: um relativo à construção de um campo de comunicação, e outro relativo ao aspecto paradoxal da comunicação que, a partir de uma presença implicada e reservada do terapeuta permite ao paciente tanto comunicar suas experiências traumáticas, quanto recobrar a necessária privacidade.

### Referências

BARONE, K. C. (2004) *Realidade e luto: um estudo da transicionalidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

\_\_\_\_ (2005) On the processes of working through loss caused by severe illnesses in childhood: a psychoanalytic approach. In: *Psychoanalytic Psychotherapy*, v. 19, n. 1, p. 17–34.

BION, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: Maresfield Library.

\_\_\_\_ (1967). A Theory of thinking. In: *Second Thoughts*. London: William Heinemann

Medical Books, p. 110-9.

DI Gallo, A. (2001). Drawing as a means of communication at the initial interview with children with cancer. *Journal of Child Psychotherapy*, 27, p. 197–210.

FERRARI, A. (1994). *Adolescência – o segundo desafio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

FIGUEIREDO, L. C. M. (2000). Presença, implicação e reserva. In: FIGUEIREDO, L. C. M. & COELHO Júnior, N. E. (2000). *Ética e técnica em psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2000.

\_\_\_\_\_ & COELHO Júnior, N. E. (2000). *Ética e técnica em psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2000.

FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1985. v. VII.

OGDEN, T. (1997). Privacy, Reverie, and Analytic Technique. In: *Reverie and Interpretation. Sensing something human*. London: Karnac Books, 1999.

SUTTON, A. (2002). Psychoanalytic Psychotherapy in paediatric liaison: a diagnostic and therapeutic tool. In: *Journal of Child Psychotherapy*, 28, p. 181-200.

WINNICOTT, D. W. (1963). Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites. In: *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. London: Karnac Books, 1990.

\_\_\_\_\_ (1971). *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*. London: Karnac Books, 1996.

## Resumo

*Winnicott's theory on communication has a paradoxical dimension. To communicate and not to communicate are both fundamental for the realisation of the self. In the psychotherapeutic setting, it is a human non-intrusive presence that allows the patient to communicate his or her experiences, at the same time as he or she is able to maintain an important part of the self private. In this paper, we discuss the importance of this theory in the psychotherapy with children with severe illnesses. This may lead the patient to a condition of extreme exposure, due to painful medical treatments. Thus, the psychotherapy setting must work as a container in order to help the patient to communicate his or her traumatic experiences (using this as a means for elaboration), while maintaining at the same time a private core of the self.*

**Key words:** Winnicott, communication, psychoanalytic psychotherapy, subjectivity studies