

É sempre bom lembrar que um copo vazio está cheio de ar: resiliência e o pensamento winnicottiano

*Maria Vitoria Mamede Maia
Isadora Severo Garcia*

RESUMO - Neste artigo as autoras fazem uma articulação entre os conceitos de resiliência, falso self protetor e tendência anti-social como sinal de esperança. Resiliência é um conceito utilizado pela psicologia para entender como crianças que vivem em situações adversas para seu desenvolvimento - psíquico -, sobrevivem criativamente. São explicitados dois casos clínicos nos quais a capacidade de resiliência foi identificada. Nesse contexto, buscou-se Winnicott para ampliar o entendimento desse conceito. A articulação conceitual oferece ao leitor a possibilidade de recriar a sua clínica com crianças que sobrevivem às adversidades...”

Palavras-chave: resiliência, falso-self protetor, tendência anti-social, Winnicott.

Psicologia

It's good to remember that an empty glass is full or air: articulating resilience and Winnicott

ABSTRACT -The authors held an articulation among the resilience concepts, false protecting self and antisocial tendency as sign of hope. Resilience is a concept used by the psychology to understand how children, who live in an adversity situation to their development, can survive creatively. Two clinic cases are exposed where the authors identified the capacity of resilience. In this context, Winnicott is used to enlarge the understanding of that concept. The conceptual articulation offers to the readers the possibility to recreate your clinic (practice) with children who are living in adversity and survive.

Key words: Resilience, false false protecting, anti social tendency, Winnicott.

1 Doutoranda em psicologia clínica – PUC-RJ. Mestra em Letras pela PUC-RJ. Psicóloga e Psicopedagoga pelo UniCEUB. E-mail : mvitoriam Maia@ig.com.br

2 Psicóloga do Instituto Promundo. Psicóloga da Equipe Multiprofissional do Serviço de Atenção Primária do NESSA – UERJ. Psicóloga pela PUC-RS. E-mail: isadora.sg@globo.com

“Un hombre del pueblo de Neguá, en la costa de Colombia, pudo subir al alto cielo.

A la vuelta, contó. Dijo que había contemplado, desde allá arriba, la vida humana. Y dijo que somos un mar de fueguitos.

El mundo es eso – reveló. Un montón de gente, un mar de fueguitos.

Cada persona brilla com luz propia entre todas las demás. No hay dos fuegos iguales. Hay fuegos grandes y fuegos chicos y fuegos de todos los colores. Hay gente de fuego sereno, que ni se entera del viento, y gente de fuego loco, que llena el aire de chispas. Algunos fuegos, fuegos bobos, no alumbran ni queman, pero otros ardem com tantas ganas que no se puede mirarlos sin parpadear, y quien se acerca, se enciende”.

Eduardo Galeano

Como pode uma criança de 8 anos, que é surrada, que tem sua vida ameaçada por faca, vidro e retaliações físicas estar ainda viva? Como pode uma criança ter em seu corpo marcas de cigarro apagados nele e não ter morrido antes de chegar ao posto de atendimento? Como pode uma criança sobreviver ao abandono, ao descuido e descaso de seus cuidadores?

Essas perguntas suscitaram nas autoras a busca de respostas diante do que assistiam e viviam em seu trabalho em núcleos de assistência social. Lá, elas tiveram e têm contato com crianças e adolescentes que chegam ao serviço de atendimento, e que, ao contrário de muitas que estão num processo de desorganização e sofrimento mental, mostram ainda uma capacidade adaptativa.

Desta forma, surgiu a necessidade de entender como estas crianças conseguem não se desorganizar totalmente, mantendo sua integridade psíquica mínima preservada frente a experiências traumáticas e adversas, enquanto outras mostram-se mais frágeis.

Para isso buscamos o termo *resiliência*, que vem sendo recentemente discutido e utilizado para entender e proporcionar uma nova visão dentro do campo da psicologia, visando à prevenção e promoção da saúde. Da psicanálise, utilizamos o olhar de Winnicott dentro dessa mesma perspectiva, qual seja, ver saúde dentro de um quadro patológico, assim como as questões que ele levanta referentes à concepção de humano ou vida humana.

Reflete Winnicott (1999):

“A vida é uma pirâmide invertida e o ponto sobre o qual ela repousa é um paradoxo. O paradoxo exige aceitação como tal e não precisa ser resolvido. Isto é loucura permitida, uma loucura que existe dentro do arcabouço de

sanidade. Qualquer outra loucura é uma amolação, uma enfermidade”. (p.220)

Acreditamos que o termo resiliência esteja nesse campo paradoxal que Winnicott postula em seus estudos, assim como verdadeiro e falso-selves e tendência anti-social.

Sobrevivendo às adversidades.....: tentativas de articulação entre resiliência e Winnicott

A clínica contemporânea: a lógica da complexidade e do paradoxo¹

O cenário analítico, palco privilegiado para as encenações dos mais variados dramas humanos, sofreu muitas transformações desde as primeiras aventuras psicanalíticas. O texto, os personagens e as alegorias colocadas em cena não deixaram dúvidas de que o espetáculo, ao abrir das cortinas, jamais poderia parar, cristalizar-se nas falas ou em uma cenografia que se mantivesse inviolável. Isto porque o autor do texto original teria ido buscar sua inspiração não apenas nos conhecidos escritos da Razão. Seu talento e sua criatividade levaram-no para os confins de uma terra até então desconhecida, tal qual o navegador destemido em busca de riquezas sonhadas, ou o astrônomo curioso e determinado a descobrir os segredos do cosmo. Mito, tragédia ou, simplesmente, contos de fada? Provavelmente todos eles. No universo inaugural da sua ciência, Freud buscou uma racionalidade que criasse um discurso teórico compatível com o campo fenomenológico que se lhe apresentava: o da neurose. A metapsicologia freudiana deu e continua dando conta do recado...mas, até certo ponto. Hoje, o perfil da clínica mudou. Atualmente, o psicanalista se depara com problemas mais da ordem do onto do que do psicológico. Encontramos indivíduos que ainda não se constituíram como “seres em marcha” - segundo a expressão de Winnicott; indivíduos que andam em busca de um self pessoal: “Buscam existir para que possam, quem sabe, um dia, vir a ter algum desejo” (Safra, 1999:14). Segundo Green (1977), “o protótipo mítico do paciente de nosso tempo já não é mais Édipo e sim Hamlet”.

Laplanche e Pontalis (1973), assim definem fronteiroço:

“Termo com a maior frequência usado para designar perturbações psicopatológicas que jazem na fronteira entre a neurose e a psicose, particularmente as esquizofrenias latentes que apresentam uma série aparentemente

neurótica de sintomas”.

Tal definição inclui personalidades psicóticas, pervertidas e delinquentes. Esta descrição do termo, ao utilizar o *entre*, instaura o paradoxo: não se trata de psicose, mas também não se trata de neurose, e tampouco de um amálgama entre as duas organizações psíquicas. Estaríamos no campo dos inclassificáveis ou os casos clínicos designados de fronteirões que parecem demandar uma nova lógica para serem pensados: uma lógica da complexidade (Morin, 1990). Ao falar em simultaneidade, Morin (1990) recoloca a questão do paradoxo e confronta a lógica linear presente na concepção dualista e determinista do conhecimento científico moderno: “A razão complexa já não concebe em oposição absoluta, mas em oposição relativa, isto é, também em complementaridade, em comunicação, em trocas, os termos até ali antinômicos: inteligência e afetividade; razão e desrazão” (:130). Ou então, neste caso, neurose e psicose.

Da teoria para a clínica: articulando redes de pensamentos a partir dos paradoxos winnicottianos

Vitor, 8 anos, chegou ao Departamento Médico Legal acompanhado pela avó materna para realizar o exame de corpo de delito, pois havia sido agredido pela mãe com uma faca. Na entrevista, relata uma história de negligência por parte dessa mãe, maus tratos sucessivos e, inclusive ameaças de morte. Apresentava-se visivelmente agitado e com condutas que lhe colocavam em risco de vida.

Nesse primeiro contato, a equipe de psicologia do Serviço de Atendimento Psicossocial do DML2, imediatamente acionou o Conselho Tutelar, para que fossem providenciadas possíveis alternativas para garantir a segurança de Vitor. Em um segundo encontro, no qual apresentava-se ainda mais agitado, intolerante e agressivo, foi-lhe sugerido um encaminhamento para o Hospital Psiquiátrico São Pedro, sugestão que a avó aceitou de imediato. Dias mais tarde, em uma entrevista com o psiquiatra da Unidade Infantil SAIC3 responsável pelo caso, este esclarece que o menino apresentou uma hiperatividade como resposta a um trauma, mas que esta não reflete uma desorganização ou fraqueza do ego:

“Vitor está muito bem, com afeto preservado, é impressionante como ele consegue se manter assim, pois tendo uma história de vida tão adversa, repleta de violência e maus tratos, ele poderia tranquilamente ter psicotizado” (sic).

Nas visitas realizadas a Vitor pela psicóloga no serviço para onde havia sido encaminhado, ele sempre a recebia com alegria e demonstração de afeto,

dirigindo-se a ela imediatamente, dando-lhe um prolongado abraço.

O caso de Vitor retrata o que as autoras vivenciam em sua prática clínica e remetem diretamente à questão da importância de se pensar como crianças iguais a Vitor ainda estão vivas, seja em termos de vida propriamente dita, seja em termos de vida psíquica.

Cabe, nesse momento, refletirmos a importância do termo resiliência para as articulações possíveis deste caso e deste conceito com as idéias winnicottianas de verdadeiro e falso-self e tendência anti-social como sinal de esperança que marcam o que denominamos, em nossas reflexões iniciais, como sendo a insígnia de uma clínica da contemporaneidade e o necessário olhar “multi” que ela nos leva a ter.

Definindo resiliência⁴

Resiliência é um termo retirado da física que explica a propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora de uma deformação elástica (Ferreira, 1986). Celia (1997a) simplifica esta definição explicando que é a capacidade que tem um corpo de resilir, ou seja, de ter flexibilidade, pois quando submetido a uma ou várias forças energéticas, sofre a ação do mesmo e, após cessada a força, reage voltando ao seu estado de normalidade.

Esse termo traz consigo outro, o de fadiga de materiais. Ou seja, todo material possui essa plasticidade/elasticidade, mas se isto for a ele impingido por muitas vezes, este mesmo material, antes capaz de suportar mudanças, entra em fadiga por estar no limite da resiliência e se rompe. Acreditamos que diante da clínica com a qual estamos lidando, esse termo/metáfora possa ser-nos útil.

A *resiliência* pode ser entendida como a capacidade dos indivíduos de superar os fatores de risco aos quais são expostos, desenvolvendo comportamentos adaptativos e adequados. Crianças resilientes são aquelas que não apenas evitam os efeitos negativos associados aos fatores de risco, mas conseguem desenvolver muitas vezes uma competência social, acadêmica e vocacional (Cowan, Cowan & Shulz, 1996). Intrinsecamente, essas crianças apresentam um temperamento mais flexível, senso de que são capazes de conseguir modificar em parte seu ambiente e acreditam que as novas situações ou mudanças representam uma oportunidade para melhorarem e se adaptarem, ao invés de perderem a esperança e expectativa (Celia, 1997b; Fuentes, 1998). Henderson e Milstein (1996) adotam esse termo, pois ser resiliente envolve, também, e principalmente enfrentar dor, sofrimento e lançar mão de esforço pessoal.

As crianças que vivenciam fatores de risco em seu ambiente e desenvolvem distúrbios evolutivos, problemas de conduta e/ou desequilíbrio emocional são chamadas vulneráveis. A vulnerabilidade aumenta a probabilidade de um resultado negativo na presença de risco impedindo o processo de resiliência (Cowan, Cowan & Shulz, 1996). Koller (1998 apud Koller, 1999) compara o desenvolvimento de uma criança ao de uma planta. Com uma metáfora, diz que a criança é como uma semente, que lançada à terra, pode transformar-se em uma planta saudável. No entanto, necessita de cuidados para crescer, pois é um ser biológico que vive em um ambiente ecológico e complexo. Portanto, numa abordagem ecológica do desenvolvimento, ainda que vulnerável e lançada a uma terra árida, se encontrar algum auxílio, poderá ser uma sementinha que irá se desenvolver.

A metáfora construída por Koller, além da idéia de plasticidade expressa por Celia e Fuentes foram transformadas em imagem poética por Leboyer (1984) no poema final de seu livro “Shantala”:

*“É no lodo que o lótus finca raízes,
é nas águas turvas, pútridas que ele media,
irresistivelmente atraído por essa luz
que ele desconhece,
mas que presente
e que o estica
e que o atrai
e que o levanta
e o obriga a levantar-se
e que, de repente, ele encontra
quando, ao chegar à superfície,
supera.*

Agora, gloriosa, ele se abre

Desabrocha-se

E, cego, ofusca a todos

Com seu indizível esplendor.” (Leboyer, 1984: 148/149)

Pensamos ser importante ressaltar que a *resiliência* não é uma característica individual que está a serviço de uma força mágica, estática, nem mesmo equivale a uma invulnerabilidade absoluta, como refere Celia (1997a). Ainda chama a atenção para o fato de que a *resiliência* pode ser efetiva em uma determinada situação e ambiente, e, em outras vezes, mostrar-se deficitária.

Rutter (Cowan, Cowan & Shulz, 1996) faz uma analogia entre a resiliência e a imunização médica. Afirma que a resiliência é o produto final de um processo de imunização que não elimina o risco, mas encoraja o indivíduo a enfrentá-lo efetivamente. Como na vacina, a exposição a pequenas e sucessivas doses do agente patológico ajuda a desenvolver mecanismos que lutam contra a doença.

Se entre os fatores protetores que permitem às crianças desenvolverem suas habilidades e a capacidade de resiliência estão um modelo social eficaz e uma ação social que abarque as necessidades dessas crianças, é necessário que se encontre nas comunidades, entidades que ofereçam subsídios para o desenvolvimento da mesma. A família é um fator importante que se insere e interfere no desenvolvimento da resiliência. Como fatores de proteção são identificados o bom relacionamento familiar, a competência materna, designada por Winnicott de Preocupação materno-primária, a construção do apego (Bowlby) e, conseqüentemente, a internalização do mesmo (Gabarino apud Celia, 1997a). A transmissão de valores, assim como as atitudes positivas dos pais sobre a importância da educação para o futuro de seus filhos também têm papel fundamental no desenvolvimento de crianças resilientes.

A resiliência pode ser vista como algo de uma potencialidade “momentânea”, que se não aproveitada, ou principalmente não sustentada pelo meio, pode-se perder enquanto potencial de sobrevivência caso advenha “a fadiga” da tentativa de não ter seu apelo atendido pelo meio que privou o sujeito de algo importante a ele (o que daria como conseqüência a tendência anti-social), ou caso haja a necessidade de se proteger tanto deste meio intrusivo, perdendo-se, mais uma vez por “fadiga”, a espontaneidade de ser (o que daria como padrão não um falso self protetor e sim o patológico).

Articulando resiliência, falso-self protetor⁵ e tendência anti-social⁶ como sinal de esperança

Segundo Winnicott, para que se constitua um verdadeiro self há de haver uma continuidade do ser e também um gesto espontâneo inaugural, visto por ele como uma agressividade primária, sinônimo de motilidade.

Para que o verdadeiro self se exprima, há a necessidade de um falso-self protetor – para Winnicott o verdadeiro self é inviolável e não comunicável. Por que trazemos esses conceitos? Para nós o que faz de uma criança um ser resiliente é exatamente a manutenção deste verdadeiro self “vivo” ou não encapsulado de tal forma que ele possa, ainda, mesmo que precariamente, se comunicar.

Winnicott postula uma gradação da saúde à patologia do falso-self. Na

saúde, o falso self é a atitude social amável; ainda perto e bem próximo da saúde, o falso self é construído sobre as identificações, ainda perto da saúde, o falso self tem como sua preocupação principal a busca de condições em que será possível o verdadeiro self assumir o seu lugar – se houver dúvidas a consequência clínica será o suicídio; perto do nível extremo, o falso self defende o verdadeiro self: este último é porem reconhecido como potencial e tem possibilidade de viver em segredo; no último extremo, ou seja, na patologia, é o falso self que se instala como real e aqui o verdadeiro self está oculto e poderá não ser achado. Neste caso, há uma cisão da mente, há doença. Na saúde, há o self socializado e o self privado, que não está disponível, a não ser na intimidade.

O que essa questão tem a ver com a resiliência?

Acreditamos, assim como Winnicott, na plasticidade do ser humano e o sistema falso – self, tão presente na clínica, é uma resposta dessa resiliência que presenciamos nas crianças que atendemos. Para que elas se mantenham vivas e para sobreviverem aos terrores deste mundo, as pessoas desenvolvem um sistema de falso self. A criança resiliente é aquela que não usou da cisão esquizofrênica para se manter viva, nem sequer tentou o suicídio. A criança resiliente mantém dentro de si a potencialidade do verdadeiro self, algo se quebrou, algo está se quebrando, mas também algo se mantém.

Essa idéia de algo ainda estar lá, mesmo que escondido, nos faz articular à resiliência, ou à capacidade resiliente, à questão da potencialidade de sobrevivência de uma criança através da tendência anti-social, que para Winnicott é um sinal de esperança no descabimento exacerbado, às vezes, de um ato de destruição. Apelo subjetivo dirigido à sociedade por essas crianças que tiveram uma perda de provisão ambiental depois de terem tido algo como um ambiente facilitador no início de suas vidas.

Para Winnicott é a falha ambiental que instaura o que ele denomina de tendência anti-social. O bebê, até um certo ponto, normalmente na fase de dependência absoluta, teve uma mãe que conseguiu “dar conta” de sua tarefa de mãe. Para Winnicott, isto seria a mãe se permitir ser criada pelo bebê e estar tão entrosada em seu ritmo, que não se veria bebê e mãe, e sim uma díade mãe-bebê, funcionando em um sistema de mutualidade. Nesse ponto podemos acreditar que não tendo a continuidade do ser interrompida, este bebê conseguiu constituir-se como um verdadeiro self, com expressividade e criatividade primárias advindas desse continente materno que o protege e devolve a ele o que ele vê dele próprio no olhar materno. Mas depois, quando se espera que esta mesma mãe, que a tudo atende e entende de seu bebê, comece, naturalmente, a falhar, para que este bebê

comece a perceber que ela e ele são pessoas diferentes, ela, por algum motivo, falha mais do que isso, ou antes disso, e este bebê se sente invadido pelo meio, porque o percebe de uma só vez, intrusivamente, na sua vida. Aqui situaríamos o deslizar do verdadeiro self espontaneamente comunicativo através do falso-self protetor para a patologia, quando o falso self começa a tentar proteger o verdadeiro self dessa intrusão. Surge, nesse deslizamento, a capacidade resiliente de certas crianças. Elas continuam a poder se expressar, nem que seja através do gesto agressivo como a única maneira de se comunicar com o meio.

Essa falha não consegue ser entendida pelo bebê, que em um primeiro momento, espera a volta da mãe. Se esta não volta, como ele espera, ou demora muito a se recuperar para poder reassumir sua função, acontece a sensação de raiva e de abandono: surge a questão que Winnicott denomina de (de)privação. Diante dessa (de)privação, o bebê desenvolve movimentos e atos para avisar a este meio que ele espera que, este mesmo meio, o proteja de novo: seria o que Winnicott chama de esperança da tendência anti-social, esperança de que o meio “acorde” para o que está deixando de fazer, de aturar e sobreviver porque, em algum momento, este meio sobreviveu aos ataques desse bebê, e, de repente, do ponto de vista do bebê, ele se esqueceu de sobreviver e o abandonou.

O bebê descobre o meio, a partir de sua motilidade e da reação/ resistência que este meio desenvolve a este movimento. A partir desse encontro ou do desencontro motilidade/meio (mãe), Winnicott irá postular três padrões, correlacionando-os com a questão da saúde e da doença. Seriam eles:

1) O ambiente é constantemente descoberto e redescoberto, a partir da motilidade. O contato com o ambiente é uma experiência do indivíduo, o que se configuraria o quadro que chamamos de saúde.

2) Na doença, haveria o ambiente se impondo ao feto e em vez de uma série de experiências individuais. Temos, assim, uma série de reações à intrusão com a retirada em direção à quietude, acabando a motilidade a ser, agora, parte da experiência da reação à intrusão. (caso da tendência anti-social)

3) Numa doença maior, extrema, haveria uma intrusão de uma tal ordem que não haveria um lugar de refúgio para o self e não haveria como surgir, nesse processo, um indivíduo. O que teríamos seria o desenvolvimento de uma “casca” a partir do qual o bebê se constituiria como uma “extensão do ambiente invasor”, restando do seu núcleo algo oculto e não alcançável ou expressivo. (Winnicott, 2000) Nesse caso, há a formação do falso-self, cuja função é manter o verdadeiro eu escondido. A queixa dessa criança é de um sentimento de inutilidade, de que a vida não vale à pena.

Nesses dois padrões, denominados de doença, é apenas através da intrusão

ambiental que o potencial de motilidade torna-se matéria de experiência. Em maior ou menor grau, o indivíduo PRECISA da oposição e, somente quando a sofre, é que ele encontra a importante raiz da motilidade. Nesse caso, a criança provoca a invasão, criando uma dependência sua em relação ao ambiente hostil, reagindo, na maioria das vezes, ao invés de agir, em relação ao meio ambiente. Não há ação, nem criatividade. Porém, ao nosso ver, há aqui, a expressão da capacidade de resiliência, posto que a criança busca, no meio, o que perdeu através de um gesto de desespero, mas procura ainda algo. Quando parar de procurar, essa capacidade, e junto com ela a esperança que Winnicott postula, terão se perdido.

Sobrevivendo às adversidades : Luís e Vitor, resilientes ou exceção à regra?

Só uma coisa me entristece

O beijo de amor que não roubei

A jura secreta que não fiz

A briga de amor que não causei

Nada do que posso me alucina

Tanto quanto o que não fiz

Nada que eu quero me suprime

De que por não saber

Inda não quis

Só uma palavra me devora

Aquela que meu coração não diz

Só o que me cega

O que me faz infeliz

É o brilho do olhar

Que não sofreu.

Luis tem 8 anos, mas parece ter 6. Magro, rouco, mal se escuta sua voz, ela é quase um sussurro. Menino quase raquítico, com roupas largas, sujas e velhas traz à sua psicóloga a imagem do Dunga, o menor e mais desajeitado dos anões da Branca de Neve.

A história de Luis deporia quanto à sua sanidade mental ou quanto à sua presença viva, era para ele já estar ou morto ou sem nenhuma expressão de sentimentos. Órfão de mãe, filho não desejado, fruto de um caso do pai, espancado desde antes de nascer na barriga da mãe, aceito de favor na casa da tia paterna quando do falecimento de sua mãe, tendo um pai alcoólatra, violento e omissivo, Luis atua seu abandono com constantes fugas de casa e crises de agressividade. A família o coloca interno em um colégio público e nos fins de semana ele é entregue a um homem “bom”, que cuida dele e de um filho adotivo um pouco mais velho que Luis. Há suspeita de abuso sexual, mas nada pode ser provado, ou não se quer provar, ou não se quer saber. A agressividade de Luis está em níveis insuportáveis para o colégio que o abriga, tendo Luís tentado assustar um colega, pegando uma faca depois de uma briga com o mesmo.

Em suas crises de agressividade ele é trancado em uma sala ou jogado num chuveiro frio para se acalmar. Mesmo assim é visto como um aluno dedicado, com boas notas. Adora jogar futebol e gosta de brincar nas sessões que frequenta no SPA da PUC-Rio⁷. Durante as sessões, brinca de jogo de botão e da “árvore do equilíbrio”. Reiteradamente repete os mesmos brinquedos, esboçando sorriso quando a árvore não derruba os passarinhos. Equilíbrio instável que Luis, ao dominá-lo, parece mostrar que domina seus próprios impulsos agressivos e sua dor. Interessante notar que Luis jamais agrediu a psicóloga que o atende, assim como nunca deixou de colocar algo que se interpusesse entre eles (uma mesa na qual joga com ela) como se avisasse que poderia se desorganizar se esse limite fosse ultrapassado.

Com o passar do atendimento Luis permite que sua psicóloga lhe dê um abraço ao deixá-lo no ponto de ônibus (Luis volta sozinho para o colégio e sendo pequeno é levado pela psicóloga até o ponto) e seu sorriso já aparece com frequência em seu rosto como resposta a esse contato afetivo.

Diante de uma crise de agressividade, Luis fala para a psicóloga que o atende: “Você não me deixa morrer?” Frente à resposta “não deixo” de sua psicóloga, a voz de Luis aparece clara na sessão pela primeira vez. E também, pela primeira vez, Luis não se coloca atrás da mesa, aceitando sentar no chão para brincar perto da psicóloga.

Quando visto pela psiquiatra do atendimento social do SPA-Puc-Rio, a pedido da psicóloga que o atende, devido a essas sucessivas crises de agressividade, Luis relata que está com medo do colégio e do homem “bom”. Quando perguntado se poderia falar por que motivo tinha medo, Luis responde que nada poderia falar. A psiquiatra pergunta se ele falaria para sua psicóloga o motivo. Ele responde que não, porque a psicóloga era muito boa e que ele não queria machucá-la nem perdê-la.

Acreditamos que Líís é uma criança resiliente, assim como Vitor. Sobreviventes a um ambiente inóspito e cruel. Faltou a eles um olhar, um beijo e uma briga de amor, que eles ainda buscam nos atos que cometem como esperança de encontrarem-nos.

Concluindo: “é sempre bom lembrar...”

É sempre bom lembrar

Que um copo vazio

Está cheio de ar

É sempre bom lembrar

Que o ar sombrio de um rosto

Está cheio de um ar vazio

Vazio daquilo que no ar do copo

Ocupa um lugar

É sempre bom lembrar

Guardar de cor

Que o ar vazio de um rosto sombrio

Está cheio de dor

Que o ar no copo

Ocupa o lugar do vinho

Que o vinho ocupa o lugar da dor

Que a dor ocupa a metade da verdade

a verdadeira natureza interior

Uma metade cheia

Uma metade vazia

Uma metade tristeza

Uma metade alegria (...)

Gilberto Gil monta-nos o encaixe que gostaríamos de salientar ao relatarmos os casos de Luis e Vitor. Tal qual a gradação proposta nas metáforas, o que está em falta, em um nível, pode não estar em outro, assim como o que é percebido pode acabar nos mostrando algo diferenciado.

Um copo vazio está cheio de ar, nos alerta o poeta. Uma criança que agride

está cheia de raiva, mas também sobrevivendo a um vazio, “vazio daquilo que no ar do copo ocupa um lugar”, o vazio do olhar materno.

Como Pandora, no fundo da atitude anti-social há a esperança; no fundo da adaptação falso-self há a proteção do verdadeiro self que insiste em se manter ali, pronto talvez para se expressar, se permitirem assim o fazer. “A dor ocupa a metade da verdade”, a outra, nós acreditamos ser a resiliência dessas crianças, que não as faz optar pelo caminho, talvez mais fácil (“ele poderia tranqüilamente ter psicotizado”) e sim pelo mais doído, mas certamente mais real e dentro “da verdadeira natureza interior”.

Em relação a Vitor e Luiz, é bom ser lembrado que há uma metade deste “copo” que possui a dor e o abandono expressos em agressividade, ao mesmo tempo em que há um outro tanto no qual o afeto se expressa como demonstração de busca pelo outro ou de, pelo menos, de seu olhar e aceitação.

Isso fica claro quando Vitor, ao avistar sua psicóloga, corria, com seus braços abertos, - abertos ao mundo, à alegria, à esperança talvez possamos dizer - em sua direção, jogando-se em um abraço nos seus braços abertos. Este abandono permitindo a quem foi abandonado é por nós visto como esperança de ser aceito, de ser achado, de ser amado.

Quando Luís aceita o gesto de carinho de sua psicóloga e sorri, ele aposta no contato. Quando Luís não falta às sessões, ele aposta em uma possibilidade de uma vida menos cindida. Quando Luís protege a psicóloga, interpondo entre eles uma mesa para que seu descontrole não a atinja, ele demonstra ainda não ter endurecido para a vida, ele demonstra ainda ter em si a espontaneidade do gesto e principalmente concern. Quando Luís busca, na resposta da psicóloga que não o deixaria morrer, a certeza de ser gostado por alguém, ele demonstra essa plasticidade ainda presente nele. Uma esperança que grita através de sua agressividade exacerbada cada vez que é exposto ao que não poderia, racionalmente, suportar mais uma vez em sua vida. Por isso agride e grita, grita por vida digna a ser vivida. Busca a jura secreta que nunca fizeram a ele.

A agressividade não enche o copo inteiro. Aqui está a resiliência: o que os sustenta e não deixa o copo encher-se de dor e ódio somente. O fato de eles irem às sessões e de construírem um vínculo terapêutico positivo e produtivo representa essa capacidade de acreditarem em uma nova oportunidade para eles, em algum vínculo. Não sabemos o que eles efetivamente buscam, mas buscam, e assim vêem a terapia como uma oportunidade para melhorarem e terem alguma vida, em vez de perderem a esperança e a expectativa.

Como nos diz Eduardo Galeno, que utilizamos na epígrafe deste artigo: “Cada persona brilla com luz propria entre todas las demás. No hay dos fuegos

iguales”. Essas crianças têm uma luz própria, o que fazemos ao atendê-las é tentar descobrir qual seja e onde elas se esconderam ou por que elas agora brilham demais. Como ainda nos fala Galeno, “algunos fuegos, fuegos bobos, no alumbran ni queman, pero otros ardem com tantas ganas que no se puede mirarlos sin parpadear, y quien se acerca, se enciende”

NOTAS:

¹ Maia, Maria Vitória.(2001). Entre a neurose e a psicose: algumas considerações sobre os casos fronteiriços na clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Puc-Rio (mimeo)

² O Serviço de Atendimento Psicossocial do Departamento Médico Legal, aqui mencionado, situa-se em Porto Alegre, local onde uma das autoras atuou ao longo do ano de 1999.

³ SAIC é o antigo Serviço de Atendimento Integral à Criança do Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre.

⁴ Garcia, Isadora (1999) *Resiliência* Rio Grande do Sul : Puc-Rs

⁵ Maia, Maria Vitória. (2002). Comunicação e não-comunicação: um estudo da linguagem não-verbal em Winnicott. Rio de Janeiro : PUC-Rio (mimeo.)

⁶ Maia, Maria Vitória C. Mamede (2001). “Pode alguém comer seu próprio bolo e continuar a possuí-lo?” Um ensaio sobre a agressividade da criança a partir do olhar de Winnicott. Revista Universitas Psicologia, Centro de Ensino Uniceub, Brasília,DF.

⁷ SPA é a abreviatura de Serviço de Psicologia Aplicada que atende a comunidade carente através da PUC-Rio, local onde uma das autoras atua como psicóloga infantil

Referências

- ALVAREZ, Aparecida Magali de Souza. A resiliência e a história de vida de jovens moradores de rua: a família, os amigos, o sentido da vida In : SCHOR, Nélia (org) *Cadernos juventude, a saúde e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999, volume 1, pp109-116.
- ABRAM, Jan. *A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- CELIA, S. Promoção da saúde e resiliência (1997). In: Fichtner, N. (org.) *Prevenção, Diagnóstico e Tratamento dos Transtornos Mentais da Infância e da Adolescência: um enfoque desenvolvimental*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 21-25.
- _____. (1997b). Grupos comunitários. In: Zimmerman, D., Osorio, L.C. *Como Trabalhamos com Grupos* (p.101-105) Porto Alegre: Artes Médicas.
- COWAN, P. A., C. C. P., SCHULZ, M. S. (1996). Thinking about risk and resilience in families. In: Hetherington, E. M., Blechman, E. A. *Stress, Coping, and Resiliency in Children and Families* Mahwan, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. pp.1-35.

- FUENTES, L. B., SERRANO, R. H., COLMENAREZ, A. P. (1998). *El abuso sexual en niños e jóvenes*. Caracas: Ediluc.
- GARCIA, I. (2001) Vulnerabilidade e resiliência Adolescência Latino Americana – *Revista Científico-Cultural Multidisciplinar Bilingüe*. Vol. 2, No. 3, abr/: 128-130.
- _____. (1999) *Resiliência* Puc-Rs. (mimeo)
- GARMEZY, N. & MASTEN, A. (1994). Chronic adversities. In: M. RUTTER, E. Taylor & L.HERS (Orgs.) *Child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell. pp.191-208 Scientific Publications.
- GRENN, A. (1988). *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- HENDERSON, N. & MILSTEIN, M. M. (1996). *Resiliency in schools: Making it happen for students and educators*. Califórnia: Corwin.
- HUTZ, C., Koller, S., BANDEIRA, D. (1996). Resiliência e vulnerabilidade em crianças em situação de risco. In: KOLLER, S. (Org.) *Aplicações da Psicologia na Melhoria da Qualidade de Vida*. Porto Alegre: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia. Coletâneas da ANPEPP. v.1 n.12.
- JESSOR, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48, pp.117-126.
- KOLLER, S. (1999). Violência Doméstica: uma visão ecológica. In: AMENCAR (Org.) *Violência Doméstica*. POA, p.32-42.
- MAIA, M. V. (2001). *Entre neurose e psicose : algumas considerações sobre os casos fronteiros na clínica psicanalítica*. PUC-Rio: mimeo.
- _____. (2002). *Comunicação e não-comunicação: um estudo da linguagem não-verbal em Winnicott*. PUC-Rio: mimeo.
- _____. (2001). “Pode alguém comer seu próprio bolo e continuar a possuí-lo?” Um ensaio sobre a agressividade da criança a partir do olhar de Winnicott. *Revista Universitas Psicologia*, Centro de Ensino Uniceub, Brasília, DF.
- MORIN, E. (1990). *Ciência com consciência*. Portugal: Publicações Europa América.
- RUTTER, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: ROLF, J. et al. *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*: Cambridge, p. 181-189.
- SAFRA, G. (1999). *A face estética do self – Teoria e clínica*. São Paulo: Unimarco.
- VILHENA, J. & MAIA, M. V. C. M. (2002). Agressividade e violência: reflexões acerca do comportamento anti-social e sua inscrição na cultura contemporânea. In: *Revista Mal-estar e Subjetividade*, Universidade de Fortaleza, vol. II, n. II.
- WINNICOTT, D.W.(2000) A tendência anti-social (1956) In: WINNICOTT, D *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (1996). A delinqüência como sinal de esperança (1967) In: WINNICOTT, D. *Tudo começa em casa* São Paulo: Martins Fontes,.
- _____. (1994). Observações adicionais sobre a teoria do relacionamento

parento-filial. (1961) In: WINNICOTT, Clare (org) *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*, Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

_____ (1994). Raízes da agressão (1968) In: WINNICOTT, Clare (org). *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*, Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

_____ (1987). Crianças sob estresse: experiência em tempo de guerra In: WINNICOTT, D W. *Privação e delinquência*, São Paulo: Martins Fontes.

_____ (1987) Natureza e origens da tendência anti-social In: WINNICOTT, D W *Privação e delinquência*, São Paulo: Martins Fontes.

_____ (1987) Psicoterapia dos distúrbios de caráter In: WINNICOTT, D W. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed.

_____ (1996) Agressão, culpa e reparação In: WINNICOTT, D W. *Tudo começa em casa* São Paulo: Martins Fontes,

_____ (1994) A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: WINNICOTT, Clare *Explorações Psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

_____ (1975) O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. IN: WINNICOTT, D.W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

_____ (1994) A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: WINNICOTT, D.W *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.

_____ (1983.) Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: WINNICOTT, D.W. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.