

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Marília Marchese Cesarino

**Contribuições da psicanálise winnicottiana ao campo da
atenção pública em saúde mental: manejo e uso ampliado do
setting na clínica das psicoses em instituições**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2008

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Marília Marchese Cesarino

**Contribuições da psicanálise winnicottiana ao campo da
atenção pública em saúde mental: manejo e uso ampliado do
setting na clínica das psicoses em instituições**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação do Prof. Doutor Zeljko Loparic.

SÃO PAULO

2008

Banca Examinadora

Agradecimentos

À minha família; meus pais, Sílvio e Beatriz; minhas irmãs, Mariana e Gabriela e minha sobrinhas, Diana e Isabela, por tudo e porque sim!

Às minhas queridas amigas de alma: Maíra, Alessandra, Cau, Nina, Vanessa, Marília, que estão comigo sempre, ainda que espalhadas pelo mundo.

À minha família flamenca: Karina, Fifa, Mazu, Fernando, Ana, Adelita e tantos outros que dançam a vida comigo.

Ao Lucas, por dar leveza e cor a minha vida.

Ao Tato, amigo e vizinho, que me ajudou muitíssimo com a pesquisa bibliográfica e com a leitura do texto. Mas, agradeço sobretudo, pela amizade, pelos mates e pelos vinhos.

Ao Lautaro, amigo querido, que me fez descansar quando meu prazo já estava quase esgotado.

Ao Guillermo, que, entre tantas confusões, me ajudou imensamente meu percurso neste mestrado.

Ao meu orientador Zeljko Loparic, que tem feito tão fértil o pensamento de Winnicott e a todas as pessoas que contribuem com o grupo de pesquisa por ele coordenado. Em especial:

Ao Éder Soares Santos, que me ensinou a dar os primeiros passos no pensamento de Winnicott;

À Roseana Garcia, que me acompanha desde o início de minha clínica winnicottiana;

Ao Leopoldo Fulgêncio, pela leitura e orientação de minha escrita nos momentos iniciais que me permitiu começar;

À Elsa Dias, pela atenção cuidadosa ao meu trabalho e pelos desenvolvimentos teóricos primorosos que tem realizado a partir do pensamento de Winnicott, os quais me facilitaram imensamente a vida;

À Kátia Pavani, por toda atenção e ajuda disponibilizada ao meu trabalho, mas, especialmente pela amizade, pelo companheirismo, pelos cafés, etc. e tal.

A todas as pessoas que fazem o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, instituição que me proporcionou um intenso aprendizado enquanto trabalhadora e que recebeu com muito cuidado minha pesquisa.

A toda equipe do CAPS Estação, os de hoje e os de ontem, com quem vivi tantas aventuras pelo mundo da saúde mental. Em especial:

À Lilian Miranda e à Ruth Cerejo, por trilharem comigo os primeiros passos de uma possível clínica winnicottiana na saúde mental;

Ao Juarez Furtado e à Sandrina Indiane, que, no início de meu percurso pela saúde mental, acreditaram em mim mais do que eu mesma podia acreditar;

À Mariane Nogueira e à Cristina Paschoal, pelo trabalho cotidiano feito de respeito, de apoio e principalmente, de amizade que dura;

Ao Jorge Márcio e ao Sávio Guarrido, companheiros do trabalho e da vida, que também me ajudaram muito com a pesquisa bibliográfica e com as leituras de meu trabalho.

Às pessoas que formam e as que já formaram o Cândido Escola, que me proporcionaram semanalmente ricas e necessárias reflexões sobre o trabalho no percurso de inventar estratégias de formação e capacitação para profissionais de saúde mental.

À Rosana Onocko Campos, que me permitiu criar a ilusão necessária para acreditar que o trabalho em saúde mental era possível.

À Bruneide Menegazzo Padilha, com quem me aventurei pela primeira vez no mundo da saúde mental.

À Lúcia Brandão, pela afetiva dedicação à revisão técnica deste trabalho.

Contribuições da psicanálise winnicottiana ao campo da atenção pública em saúde mental: manejo e uso ampliado do *setting* na clínica das psicoses em instituições

Marília Marchese Cesarino

Resumo

Este trabalho se propõe a repensar o trabalho em saúde mental que encontra seus princípios no movimento da Reforma Psiquiátrica, a partir do pensamento de D. W. Winnicott. O texto dialoga com a medicina psiquiátrica, com autores significativos da Reforma Psiquiátrica e com a psicanálise tradicional, procurando fazer notar as inovações que estão propostas no pensamento de Winnicott. Assim, são apresentados os aspectos gerais de sua teoria do amadurecimento e a teoria das psicoses dela derivada, para, em seguida, mostrar como tais inovações exigem uma redescrição do trabalho em saúde mental, sob outros fundamentos. Desta forma, procura-se descrever a clínica das psicoses como essencialmente uma clínica do manejo que, como tal, permite o uso ampliado do *setting* clínico. Manejo e uso ampliado do *setting* são, desta perspectiva, conceitos chave para a redescrição do trabalho com psicóticos em instituições.

Palavras Chave: Winnicott, Reforma Psiquiátrica, psicose, clínica do manejo, uso ampliado do *setting*.

***Winnicott's psychoanalysis contributions to the public mental health assistance:
management and amplified use of the setting in the psychosis clinic in institutions***

Marília Marchese Cesarino

Abstract

This study's purpose is to rethink the work in mental health which was initiated in Psychiatric Reform movement, based in Winnicott's theory. The dialogue is between the psychiatry, important authors of the Psychiatric Reform movement and the traditional psychoanalysis, showing the innovations that take place in Winnicott's ideas. Thus is presented the general aspects of the individual maturation theory and the psychosis theory derived from the first. Such innovations need to present the mental health assistance in other basis. Thus psychosis clinic introduces a clinic based on management which provides an improvement of the setting. Both, the management and the amplified use of the setting, are key concepts for the redefinition of the job in institutions that work with psychosis.

Key words: *Winnicott, Psychiatric Reform, psychosis, management, amplified use of the setting*

Sumário

Introdução	01
Capítulo I. Aspectos gerais da teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott .	08
1. Os estágios de dependência absoluta	12
1.1. O estado pré-primitivo	12
1.2. A primeira mamada teórica	14
1.2.1. A preocupação materna primária	14
1.2.2. Os estados tranqüilos e excitados	15
1.2.3. As três tarefas iniciais	16
1.2.4. A criatividade e a constituição do si-mesmo primário	22
2. Os estágios de dependência relativa	23
2.1. Estágio da desilusão, desmame e início das funções mentais	24
2.2. A transicionalidade	25
2.3. O uso do objeto	28
3. A conquista da identidade unitária e o amadurecimento posterior	30
Capítulo II. A teoria winnicottiana das psicoses	31
1. A gênese das psicoses como falha ambiental	31
2. A noção de trauma em Winnicott e o desenvolvimento das psicoses	35
3. A psicose como organização defensiva	40
4. Psicose: reconsideração em termos de saúde e doença	43
5. Sobre a classificação diagnóstica em Winnicott	48
5.1. Classificação geral das psicoses: depressões psicóticas e psicoses esquizofrênicas	54
5.2. Classificação em termos de organização defensiva	56
Capítulo III. O <i>setting</i> e o tratamento das psicoses em Winnicott	63
1. A teoria do amadurecimento e suas implicações para a prática clínica	63
2. Uma reconsideração sobre a técnica: a personalidade do analista	70
3. A clínica do manejo e o <i>setting</i> analítico	72
4. Um caso de Winnicott que ilustra o manejo da regressão no <i>setting</i> analítico	78

Capítulo IV. A Reforma Psiquiátrica e as práticas em saúde mental	84
1. A história da psiquiatria	84
2. A organização da rede de saúde mental e os centros de atenção psicossocial (CAPS)	88
3. A clínica e a Reforma Psiquiátrica	91
4. Possíveis contribuições do pensamento de Winnicott para as práticas em saúde mental	102
Capítulo V. Contribuições da psicanálise winnicottiana ao campo da atenção pública em saúde mental	110
1. O lugar da instituição de saúde mental a partir da leitura de Winnicott	110
2. A clínica do manejo e o uso ampliado do <i>setting</i>	115
3. Um caso tratado em CAPS: manejo e uso de <i>settings</i> ampliados na instituição	121
3.1. O caso C.	121
3.2. Discussão	127
Conclusão	139
Referências Bibliográficas	141
Anexos	148

Introdução

O campo da atenção pública em saúde mental no Brasil vem sendo marcado, desde a década de oitenta, por um processo de críticas e de reformulações, que tomam corpo no movimento da Reforma Psiquiátrica. Visando, sobretudo, a superação do modelo de tratamento das doenças mentais pautado no asilamento, gradativamente se estabelece uma política de substituição dos manicômios por uma rede de serviços, entre os quais, ocupam um papel central os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹.

Influenciada por autores como Basaglia, Foucault, Goffman e outros, a Reforma Psiquiátrica brasileira empreende uma crítica radical ao paradigma médico-psiquiátrico e a todas as suas instituições, as quais encontram expressão mais significativa nos manicômios. Tendo abordado a loucura a partir dos mesmos fundamentos que regem as ciências naturais, a psiquiatria lhe conferiu o estatuto de doença, compreendida como mal a ser erradicado, sustentando, desta forma, artifícios de isolamento e procedimentos invasivos e violentos que terminavam por agravar a problemática original. Assim explicita Basaglia os efeitos do manicômio sobre os internos:

A ausência de qualquer projeto, a perda de um futuro, o estar constantemente em poder dos outros sem o mínimo impulso pessoal, o ter dividida e organizada a própria jornada sob tempos ditados só por exigências organizativas que – exatamente por isso – não podem levar em conta o indivíduo singular e as circunstâncias particulares de cada um: este é o esquema institucionalizante sobre o qual se articula a vida do asilo (...). O doente mental, fechado no espaço apertado da sua individualidade perdida, oprimido pelos limites que lhe foram impostos pela doença, é forçado pelo poder institucionalizante da internação a objetivar-se nas próprias regras que o determinam, em um processo de aparvalhamento e restrição de si que – originariamente sobreposto à doença – não é sempre reversível. (Basaglia, 1964 apud Saraceno, 2001, p. 62)

Por meio de uma prática de desconstrução do paradigma psiquiátrico envolvendo distintos segmentos da sociedade, buscava-se a sustentação de um corpo social capaz de promover e ampliar espaços de trocas e negociações para todos, inclusive àqueles considerados doentes mentais. Neste sentido, esta tradição visa estabelecer uma ampliação do

¹ Estamos utilizando a nomenclatura CAPS por ser ela utilizada oficialmente pelo Ministério da Saúde, embora existam serviços equivalentes que utilizam outras nomenclaturas, como por exemplo, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos-SP e os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) de Betim e Belo Horizonte-MG.

campo dos conhecimentos e das práticas, fundando-se, estrategicamente, sob uma crise de paradigmas.

Tal estratégia implica em muitos efeitos. Em primeiro lugar, a incorporação à saúde mental de noções que versam sobre um sentido de socialização, enquanto fundamento da prática, tais como cidadania, autonomia, reabilitação psicossocial, inclusão e reinserção social. Provocou também uma operação de deslocamento da noção de doença como eixo orientador das práticas, uma vez que, segundo esta tradição, o estatuto de doença conferia ao sujeito um desapossamento de sua própria vida. Conseqüentemente, produziu um esvaziamento da dimensão da clínica e um questionamento de todas as instituições que se propunham ao tratamento da loucura.

Neste aspecto, embora tenha cumprido um papel importante de crítica ao modelo de tratamento médico-psiquiátrico e, conseqüentemente, de todos os paradigmas que objetificam a vida, esta tradição assentou suas práticas, sobretudo, na desconstrução dos paradigmas hegemônicos, padecendo, desta forma, de uma espécie de ausência de formulação teórica própria, que tem como resultado, não raras vezes, a orientação das práticas por motivos estritamente ideológicos.

Tendo em vista o risco que isto representa, sobretudo em termos da negligência em relação à experiência subjetiva de sofrimento que se impõe na loucura, existe em certos grupos um esforço para recuperar a dimensão da clínica no contexto das instituições alinhadas à Reforma Psiquiátrica. Tal questão, embora fundamentalmente tensa do ponto de vista teórico, aparece incorporada inclusive às publicações do Ministério da Saúde que definem as diretrizes para a atenção em saúde mental. Segundo uma publicação de 2004, o atendimento em CAPS deve realizar “o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (Ministério da Saúde, 2004, p. 13).

O desenvolvimento de uma clínica que se articule ao campo da atenção em saúde mental tem sido apresentado de diversas perspectivas teóricas e, em especial, pela psicanálise, uma vez que, a partir de Freud, as doenças mentais são legitimadas como experiência individual e subjetiva, considerando a história do paciente de um modo dinâmico. Desta forma, a psicanálise se inscreve no campo da clínica superando, entretanto, a idéia de entidades nosológicas empreendidas pela psiquiatria clássica.

É preciso notar, no entanto, que Freud, tendo dirigido seu interesse teórico sobretudo às patologias no âmbito da neurose, utilizou do mesmo modelo teórico para a descrição das

patologias psicóticas. Assim, tal como as neuroses, as psicoses são compreendidas, nesta perspectiva, como resultado de um jogo de forças no interior de um aparelho psíquico.

Segundo Freud (1924), a distinção entre as neuroses e as psicoses reside no fato de que nas primeiras o ego, reconhecendo a necessidade de se adaptar à realidade externa, suprime fragmentos instintivos provindos do id, por meio de mecanismos de defesa que encontram modelo na repressão. Nas psicoses, por outro lado, o ego, pressionado como instância mediadora entre o mundo externo e o id, cede aos impulsos do id e rompe com a realidade externa. Desta forma, as psicoses, assim como as neuroses, são problemáticas descritas a partir do modelo edípico, em que se colocam em jogo, portanto, a não aceitação da castração, do mundo externo, do princípio de realidade.

A compreensão freudiana revela como pressuposto a existência de um mundo externo passível de ser apreendido, percebido, ou mesmo recusado. Estas funções só podem ser atribuídas a um ego que, embora não tenha sido um ponto suficientemente esclarecido por Freud, parece estar operante desde o início. Tais pressupostos encontram fundamentação epistemológica nas ciências naturais, para a qual a realidade está objetivamente dada, configurando-se, assim, como um objeto a ser descrito, analisado, mensurado e comparado. Vale ressaltar, por exemplo, que Freud jamais abandonou a idéia de que suas descobertas pudessem ser assentadas na biologia.

Ainda que reformulada por outros autores, entre os quais vale citar, pela expressividade e pelo esforço teórico em direção às psicoses, Melanie Klein e Jacques Lacan, a psicanálise tradicionalmente mantém os mesmos fundamentos freudianos, que terminam por objetivar fenômenos que são essencialmente subjetivos. Guardadas suas particularidades, estas teorias possuem como traço comum a idéia de que o ser humano psicotiza porque não abre mão de seus anseios mais íntimos, pessoais, individuais, em função de objetivos sociais, culturais, pertinentes a uma realidade compartilhada.

Neste sentido, encontramos em Winnicott uma alternativa a ser estudada: por ser ele um autor clássico da psicanálise, considerado nos últimos tempos como um dos grandes autores, e, especialmente, por ter formulado uma teoria dos estágios mais iniciais do desenvolvimento humano e, por assim dizer, da constituição das bases da personalidade, num ponto em que faz sentido indagar pela própria aquisição do sentido de realidade, tanto no que se refere ao si-mesmo quanto ao mundo externo. Sua teoria inclui alguns aspectos da teorização freudiana, embora reformulada a partir de outros fundamentos, o que permite formular outras categorias de problemas, que incidem fundamentalmente sobre uma nova compreensão das psicoses.

A teoria do amadurecimento de Winnicott propõe que há um longo caminho a percorrer antes que o ser humano esteja dotado de um mundo interno, e da capacidade de reconhecer o mundo externo. Num primeiro momento, o bebê encontra-se indistinguível do ambiente, numa condição de não-integração anterior aos processos integrativos que lhe possibilitariam o reconhecimento de si-mesmo e do mundo externo. Neste aspecto, não é possível pensar no desenvolvimento de um bebê sem levar em consideração o funcionamento do ambiente no qual ele está sendo cuidado, ou, dito de outro modo, sem levar em conta o fato da dependência.

Nos estágios iniciais, o bebê depende absolutamente do ambiente, sem estar provido de uma capacidade de tomada de consciência disto, de tal forma que os cuidados providos pelo ambiente tornam-se realmente parte de seu sentido pessoal de existência. Na saúde, o ambiente, por identificação, é capaz de reconhecer e responder satisfatoriamente às necessidades do bebê, possibilitando a ele experiências de ilusão de onipotência que criam um primeiro sentimento de realidade que não diz respeito, entretanto, à realidade objetivamente percebida, mas sim, à realidade subjetivamente concebida, que comporta o si-mesmo e o ambiente ainda de modo indiferenciado, e, portanto, como uma criação pessoal.

Uma vez estabelecidas as conquistas relativas a este momento inicial, o bebê gradualmente inicia o reconhecimento de uma externalidade, num tipo de relação que requer a aceitação de um paradoxo. Os objetos permanecem como criação subjetiva, mas, porque precisam existir de modo real para que se configurem como criação, gradualmente ganham sentido de externalidade. Esta capacidade corresponde a uma mudança na atitude ambiental, que agora – reconhecendo a capacidade adquirida do bebê de esperar, de prever os acontecimentos, de manter viva a realidade de si-mesmo durante uma quantidade maior de tempo – passa a falhar. Trata-se de uma desadaptação gradual que consiste propriamente numa adaptação às novas necessidades do bebê e que se relacionam com a possibilidade de criar um novo sentido de realidade intermediário entre a criação subjetiva e a percepção objetiva.

A passagem definitiva do objeto como externo, capaz de ser reconhecido objetivamente, ainda requer uma nova conquista. O bebê precisa ser capaz de usar os objetos. Neste estágio, surge a necessidade de conferir ao objeto sua propriedade de coisa em si mesma, capaz de estar ali e continuar ali independente do bebê. Para tanto, o bebê precisa destruir o objeto e precisa também de sua sobrevivência, a fim de que possa se colocar fora de seu controle onipotente. Desde modo, o que o bebê destrói não é o objeto em si, senão sua condição de objeto concebido subjetivamente. Ele expulsa o objeto para fora do âmbito da onipotência e,

por assim dizer, cria o mundo externo que agora pode ser reconhecido no seu sentido objetivo.

Somente a partir desta separação o bebê poderá integrar-se num eu, organizar um mundo interno, e estabelecer relações com o mundo externo, que se tornam, gradativamente, mais sofisticadas. Antes disto, contudo, muitas distorções no amadurecimento podem ocorrer, e tais conquistas podem nunca vir a ser um fato, questão que apresenta a problemática das psicoses.

O ambiente que falha em propiciar cuidados adequados às necessidades próprias aos estágios iniciais impossibilita conquistas posteriores. Num primeiro momento, o bebê, ainda indiferenciado, não tem meios de lidar ou de se defender de uma falha ambiental, exceto pela interrupção do próprio processo de amadurecimento. A falha, neste contexto, lança o bebê a uma situação agônica durável incapaz de ser catalogada, compreendida ou sequer percebida, uma vez que se encontra fora do âmbito de sua onipotência. Desta forma, a falha não pode nem mesmo ser experienciada pelo bebê, constituindo-se num vácuo da própria existência, descrito por Winnicott (1974) como “nada acontecendo quando algo deveria acontecer”. O que está em jogo aqui é, portanto, a própria continuidade de ser: o aniquilamento é a particularidade das ansiedades relativas às psicoses, a saber, as agonias impensáveis, que, em última instância impossibilitam o acesso ao sentimento de realidade de si-mesmo e do mundo.

Na perspectiva winnicottiana, as psicoses não são dificuldades relativas aos conflitos derivados dos relacionamentos interpessoais. Tampouco podem ser definidas como produto de uma exclusão social. As psicoses são, por outro lado, resultado de uma privação ambiental que, interrompendo a continuidade de ser, impossibilita ao indivíduo o acesso ao campo do viver inter-humano.

Este novo campo de conceituação se inscreve, portanto, no campo da clínica, embora marcando profundas diferenças com relação à psicanálise tradicional. Tendo como pressupostos a existência e a realidade de um mundo interno e de um mundo externo, a tarefa do analista tradicional consiste em trazer à consciência os conteúdos inconscientes, mediante a interpretação, e favorecer a adaptação à realidade compartilhada por meio da apresentação da castração. Neste aspecto, as intervenções se orientam prioritariamente para o sujeito individual, uma vez que, mesmo quando considera a importância de fatores externos, estes são compreendidos como uma problemática intrapsíquica.

Para Winnicott, por outro lado, o analista deve funcionar tal qual um ambiente suficientemente bom, adaptado às distintas necessidades do paciente, tendo como guia a teoria do amadurecimento. Em linhas gerais, pode-se dizer que a psicose apresenta como

necessidade mais essencial uma nova oportunidade de viver a dependência, agora de um modo satisfatório. Ter esta necessidade reconhecida como legítima e suprida é a condição de possibilidade para que uma experiência seja vivida de um modo real e para que etapas posteriores sejam alcançadas, pela retomada do amadurecimento.

Desta forma, o trabalho clínico versa sobre o manejo, ou seja, sobre o fornecimento de um ambiente que, portanto, não se fundamenta em processos mentais, intelectuais ou verbais, mas num tipo mais básico e sutil de comunicação, cuja característica central é a confiabilidade. Por este motivo, surpreendentemente, a psicose admite recuperação por meio do fornecimento de cuidados que não sejam necessariamente especializados, e desta forma pode ser tratada “(...) pelos muitos fenômenos curativos da vida cotidiana, tais como as amizades, os cuidados recebidos durante uma doença física, a poesia (...)” (Winnicott, 1955d, p. 381). A interrupção do amadurecimento em função das falhas ambientais contém em si a esperança por uma nova provisão, que pode ser encontrada, por assim dizer, no âmbito do viver comum, o que confere à psicose um vínculo estreito com a saúde.

Estas formulações têm, por sua vez, impacto na concepção do *setting* no que se refere ao tratamento das psicoses. Por um lado, a psicose exige cuidados ambientais constantes e de longa permanência que, desta forma, extrapolam o *setting* psicanalítico tradicional, por outro lado, admite que tais cuidados sejam fornecidos por ambientes não especializados, de modo que o *setting* admite uma ampliação para todo o campo do viver. Assim, pode-se apreender uma dimensão maior do manejo, que consiste na articulação de cuidados promovidos por outros ambientes, ou, dito de outro modo, na possibilidade de uso ampliado do *setting*.

Deste ponto de vista, nos propomos a uma redescritção, a partir da leitura de Winnicott, do tratamento proposto pelos CAPS, tendo como enfoque a clínica do manejo e as possibilidades de uso ampliado do *setting*.

Para tanto, traçamos o seguinte percurso: no primeiro capítulo desenvolvemos os aspectos gerais da teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott, tendo como foco os estágios mais iniciais, nos quais se localizam a etiologia das psicoses, e no segundo capítulo apresentamos propriamente a teoria winnicottiana das psicoses. Trata-se de capítulos mais introdutórios, que, entretanto, consideramos necessários tendo em vista que a literatura secundária tem comumente feito uso de alguns conceitos winnicottianos sem a devida articulação ao corpo teórico como um todo, provocando compreensões, muitas vezes, equivocadas e distorcidas. Procuramos assim, localizar a discussão e a utilização dos conceitos de modo coerente ao panorama teórico mais amplo.

No terceiro capítulo, desenvolvemos questões relativas às mudanças na orientação do tratamento derivadas da teoria winnicottiana, em especial, no que tange à clínica das psicoses. Procuramos apresentar os fundamentos teóricos da clínica do manejo e da constituição do *setting* analítico, bem como ilustrá-los a partir da discussão de um caso clínico de Winnicott.

No quarto capítulo, procuramos apresentar com mais pormenores o campo da atenção em saúde mental, considerando seus aspectos históricos e sua conformação atual. Buscamos, por meio de um diálogo com a medicina psiquiátrica, com autores que influenciaram expressivamente a Reforma Psiquiátrica brasileira, e com a psicanálise tradicional, localizar alguns pontos de tensão e as possíveis contribuições do pensamento winnicottiano

No quinto e último capítulo, desenvolvemos as idéias de Winnicott articuladas à prática institucional em serviços de saúde mental substitutivos às instituições asilares. Empreendemos, neste sentido, uma leitura do lugar da instituição a partir da clínica do manejo e das possibilidades do uso ampliado do *setting*, e finalizamos apresentando e discutindo um caso clínico tratado em CAPS.

Capítulo I

Aspectos gerais da teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott

A teoria do amadurecimento se constitui na contribuição central que Winnicott fez à psicanálise e no horizonte teórico em que estão contidas teorias totalmente inovadoras, entre elas a teoria das psicoses, foco de interesse deste trabalho. Contudo, como aponta Dias (2003), o estudo de um ou outro aspecto da obra do autor, sem a articulação interna de seu pensamento como um todo, não nos permite explorar plenamente as conseqüências teóricas e clínicas que dela advém.

O que está em jogo, portanto, a partir da teoria do amadurecimento de Winnicott, é a proposição de um novo campo conceitual para a psicanálise que permite a compreensão de distúrbios que, segundo o autor, não poderiam ser abarcados no arcabouço teórico da psicanálise tradicional, introduzindo, por conseqüência, perspectivas mais amplas para a pesquisa psicanalítica como um todo. Em relação a este aspecto, Loparic (2001), utilizando as proposições de Kuhn (1997) no que diz respeito à pesquisa científica e o desenvolvimento da ciência, afirma que Winnicott empreendeu uma pesquisa revolucionária no campo da psicanálise, fazendo operar uma mudança de paradigma no sentido kuhniano, que se apresenta, de maneira geral, pela formulação de novos problemas e de um novo arcabouço conceitual.

Assim como Loparic, Adam Philips também abordou a teoria winnicottiana como uma mudança de paradigma na psicanálise. Este, no entanto, não introduziu a análise do conceito de paradigma no seu sentido mais técnico, derivado das idéias de Kuhn, mas o compreende como um modelo. Segundo Philips (1988), o ponto crucial da psicanálise freudiana é o Complexo de Édipo, enquanto que Winnicott derivou tudo de sua obra a partir do relacionamento mãe-bebê em desenvolvimento. Aqui, Loparic (2001) também afirma que enquanto a psicanálise freudiana se constitui a partir do paradigma edípico, Winnicott introduz o que o autor chama de paradigma do bebê-no-colo-da-mãe.

Foge aos objetivos deste trabalho empreender uma discussão mais profunda da contribuição dos autores no que tange à proposição de que Winnicott operou uma mudança de paradigma no interior da psicanálise. Tampouco pretendemos realizar uma análise comparativa da psicanálise winnicottiana e freudiana. Neste contexto, basta apenas fazer esta indicação, para que possamos introduzir algumas questões que são formuladas a partir da teoria do amadurecimento e que não aparecem como questões na teorização psicanalítica tradicional.

Trata-se, segundo Winnicott, de “(...) enfrentar a questão de saber sobre o que versa a vida” (Winnicott, 1967b, p. 137), que implica em responder sobre o que “(...) faz um bebê começar a ser, sentir que a vida é real, achar a vida digna de ser vivida” (Winnicott, 1967b, p. 137).

Winnicott faz questionar, deste modo, a própria realidade da existência sentida como tal e, por consequência, as relações com o mundo sentidas como reais. A resposta de Winnicott para tais questões versa sobre o reconhecimento da dependência como uma condição eminentemente humana. O amadurecimento é uma jornada que se inicia numa condição de dependência absoluta, passa por um período de dependência relativa, caminha rumo à independência, e chega à independência relativa, uma vez que esta nunca chega a se completar, na saúde.

O amadurecimento é, assim, desdobrado em estágios aos quais competem tarefas e conquistas de diferentes naturezas que se referem aos distintos sentidos de realidade que o ser humano gradualmente se torna capaz de experimentar. Em linhas gerais, no estágio de dependência absoluta o bebê vive num mundo subjetivamente concebido, sem nenhuma capacidade de reconhecimento da diferenciação entre o si-mesmo e o mundo. Os estágios de dependência relativa constituem-se numa forma intermediária de realidade, onde se experimenta um primeiro sentido de externalidade, mas que ainda encontra-se sob o controle onipotente do bebê. Posteriormente, os estágios que caminham rumo à independência referem-se à constituição do eu como entidade integrada e separada do não-eu, condição para a percepção e relacionamento com o mundo externo, que caracterizam os estágios de independência relativa.

Tomando a dependência como um aspecto central do amadurecimento, Winnicott também apresenta a necessidade intrínseca de incluir o funcionamento do ambiente como parte da capacidade do indivíduo de amadurecer. A descrição dos estágios são sempre relacionais, indicando que as conquistas que conferem ao bebê o acesso ao sentimento de realidade dependem de um funcionamento do ambiente adaptado às suas distintas necessidades no decorrer do amadurecimento. No início do amadurecimento, contudo, a descrição do que se passa entre a mãe e o bebê não é precisa em termos de relação, pois o bebê ainda não é uma unidade integrada. A unidade aí se constitui pela dupla mãe-bebê, considerando que a mãe é sentida pelo lactente como parte dele, por meio de uma realidade dada pelos objetos concebidos subjetivamente. Tendo em vista que as tarefas e conquistas essenciais ao amadurecimento ocorrem neste estágio, por serem pré-requisito para conquistas posteriores e por constituírem os alicerces da personalidade, pode-se afirmar que a

compreensão do amadurecimento de um ser humano não pode prescindir da análise de suas condições ambientais.

Existe tanta diferença entre o começo de um bebê cuja mãe pode desempenhar esta tarefa suficientemente bem e o de um bebê cuja mãe não o possa, que não há validade nenhuma em se descrever bebês nos estágios iniciais a não ser relacionando-os com o funcionamento das mães. (Winnicott, 1965n, p. 56)

Esta condição de relação com o ambiente permanece, na saúde, por toda a vida, ainda que, nos vários estágios do amadurecimento, o ambiente assuma lugares e funções distintas, assim como são distintas as necessidades do ser humano dependendo do grau de amadurecimento em que se encontre, como explicita Winnicott:

O meio ambiente facilitador é, ele próprio, um fenômeno complexo e necessita de um estudo especial por seu próprio direito: o aspecto essencial é que ele possui uma espécie de crescimento seu, próprio, estando adaptado às necessidades mutantes do indivíduo em crescimento. (Winnicott, 1974, p. 70)

Aqui, é importante ressaltar que esta característica que Winnicott define como mutante das necessidades do bebê não diz respeito à conquista dos distintos estágios num sentido linear. Ainda que os estágios sejam assim apresentados e que certas conquistas sejam pré-requisitos para outras, nenhuma delas fornece título de garantia, podendo ser perdidas e alcançadas novamente no decorrer da vida. Sob este aspecto afirma Dias (2003):

(...) na concepção winnicottiana, amadurecimento não é sinônimo de progresso: amadurecer inclui a possibilidade de regredir a cada vez que a vida exige descanso, em momentos de sobrecarga e tensão, ou para retomar pontos perdidos. (Dias, 2003, p. 101)

Pode-se dizer que as tarefas que dizem respeito às distintas conquistas no processo de amadurecimento se superpõem parcialmente por toda a vida, o que significa dizer que a manutenção do sentimento de realidade de si-mesmo e do mundo e sua inter-relação é a perpétua tarefa humana. Assim, os estágios mais iniciais, a partir dos quais um ser humano pode vir a criar seu primeiro sentido de realidade, são o fundamento do existir humano, que é, por assim, dizer, a grande questão winnicottiana. Ao nos depararmos com a psicose, cujas

conquistas iniciais não puderam ser realizadas, somos levados a encarar este problema eminentemente humano que versa sobre o existir humano sentido de um modo real. Neste aspecto, afirma Dias (2003):

O que está, portanto, em pauta no amadurecimento pessoal, não são funções isoladas, sejam elas biológicas, mentais ou sexuais, mas o próprio viver humano, naquilo que este tem de estritamente pessoal. (Dias, 2003, p. 97)

Colocando em pauta a própria realidade da existência, Winnicott faz refletir sobre o sentimento de realidade como uma conquista que, em alguns casos, pode nunca ser alcançada, ou ser constituída de maneira muito precária. O sentimento de realidade, para o autor, se apóia numa continuidade de ser, que pode ser descrita como uma experiência pessoal de existência, “numa linha ininterrupta de crescimento vivo” (Winnicott, 1955d, p. 389). A continuidade de ser é sustentada por um ambiente facilitador e depende, num primeiro momento, absolutamente dele, o que não é o mesmo que dizer que ela é determinada pelo ambiente.

Segundo o autor, todo ser humano é dotado de uma tendência inata ao amadurecimento que se traduz por “uma tendência inerente do indivíduo a crescer, a se integrar, a se relacionar com objetos, a amadurecer” (Winnicott, 1965h, p. 125 e 126). Esta tendência é o que faz urgir uma necessidade² e o bebê faz um gesto em direção ao ambiente, um gesto espontâneo relacionado ao seu potencial criativo, que um ambiente adaptado é capaz de reconhecer e atender adequadamente. Assim, é a própria necessidade do bebê que cria o ambiente, que, por sua vez, precisa existir de modo real, para sustentá-lo. Somente desta forma o bebê poderá ter uma experiência real que lhe confere uma existência real, que lhe confere, por assim dizer, vida. Ou seja, o sentido de realidade não pode ser adquirido por uma imposição do ambiente, e tampouco se apresenta como uma alucinação.

Pode-se afirmar que o sentimento real de si-mesmo e do mundo, que um ser humano possa vir a alcançar, deve necessariamente passar por esta zona de experiência, que se constitui no encontro entre seu potencial criativo fundado na necessidade e o ambiente. Como dissemos, ao longo do amadurecimento, as necessidades do bebê vão se modificando, assim

² Note-se que Winnicott utiliza o conceito de necessidade para distingui-lo do conceito de desejo, tradicionalmente utilizado pela psicanálise. Necessidade se relaciona com todos aqueles cuidados sem os quais um bebê não seria capaz nem mesmo de sobreviver. Necessidade é, desta forma, um conceito relativo à dependência.

como na saúde o ambiente se modifica na medida em que se adapta a elas. Passaremos, então, à descrição dos diferentes estágios do amadurecimento.

1. Os estágios de dependência absoluta

1.1. O estado pré-primitivo

Tendo compreendido a possibilidade de ser como necessariamente relacional, ou seja, como algo que se conquista no interior da relação mãe-bebê, Winnicott postula um estado primário de não-ser, o qual nomeia de solidão essencial: “o estado fundamental ao qual todo ser humano, não importa a sua idade ou experiências pessoais, teria que retornar, se desejasse começar tudo de novo” (Winnicott, 1988, p. 153).

Trata-se de um estado de coisas onde nada ainda pode se distinguir, nem no que se refere ao si-mesmo, nem a algo externo ao si-mesmo, nem ao mundo. Algo que Winnicott definiu como uma não-integração, exatamente por seu caráter de “ainda-não” (Dias, 2003). Nas palavras de Winnicott:

É necessário postular, portanto, um estado de não integração a partir do qual a integração se produz. O bebê que conhecemos como uma unidade humana, seguro dentro do útero, ainda não é uma unidade em termos de desenvolvimento emocional. Se examinamos [isto] do ponto de vista do bebê (embora o bebê, como tal, não esteja lá para ter um ponto de vista), a não-integração é acompanhada por uma não-consciência. (Winnicott, 1988, p. 136)

Cabe ressaltar que, desta forma, Winnicott está diferenciando o estado de não-integração de um estado patológico e fundando-o como um estado original, natural em todo ser humano (Winnicott, 1958d), no qual “o *self* da criança é apenas potencial” (Winnicott, 1965vf, p. 25).

Entretanto, este estado pelo qual todo ser humano passa, paradoxalmente, só é possível se houver um ambiente que, por uma condição muito especial de adaptação, permita sua manutenção sem que o bebê precise tomar conhecimento da relação de dependência existente, ou de qualquer outra coisa que possa perturbá-lo, sendo assim, o bebê terá garantida sua continuidade de ser (Winnicott, 1988).

A proposição de uma condição deste tipo envolve um paradoxo. No princípio há uma solidão essencial. Ao mesmo tempo, tal solidão somente pode existir em

condições de dependência máxima. Aqui, neste início, a continuidade do ser do novo indivíduo é destituída de qualquer conhecimento sobre a existência do ambiente e do amor nele contido, sendo este o nome que damos (neste estágio) à adaptação ativa de uma espécie e dimensões tais que a continuidade do ser não é perturbada por reações contra a intrusão. (Winnicott, 1988, p. 153 e 154)

É no sentido destas proposições que Winnicott (1958d) chega a afirmar que o bebê não existe, fornecendo as noções do tipo de relação que está colocada inicialmente entre a mãe e seu bebê, que nem mesmo pode ser chamada de relação, uma vez que não se pode supor que já exista ali alguém para relacionar-se:

Estou partindo do ponto de vista, porém de que há um estágio anterior a este [relacionamento com a realidade externa], no qual inexistente qualquer tipo de relacionamento. Eu diria que no início existe uma condição que poderia ser descrita a um só tempo de independência absoluta e de dependência absoluta. (Winnicott, 1948b, p. 240)

Tal condição implica em que a única possibilidade de ser se realize pelo conjunto ambiente-indivíduo. Desta forma, Winnicott está propondo que a existência primeira de todo ser humano seja “dois-em-um” e que, somente a partir dela, se tudo correr bem, o bebê será capaz de emergir como um ser individual, capaz de reconhecer a existência de um ambiente externo a ele:

(...) a dependência do ambiente é tão absoluta que não há utilidade alguma em pensarmos no novo indivíduo humano como sendo ele a unidade. Nesse estágio a unidade é o conjunto ambiente-indivíduo(...), unidade da qual o novo indivíduo é apenas uma parte. Neste estágio tão inicial não é lógico pensarmos em termos de um indivíduo, e não apenas devido ao grau dependência ou apenas porque o indivíduo não está em condições de perceber o ambiente, mas também porque ainda não existe ali um *self* individual capaz de discriminar entre o EU e o não-EU. (Winnicott, 1988, p. 153)

1.2. A primeira mamada teórica

A partir do estado de não-integração inicial se produzem, gradualmente, estados de integração. No começo, o bebê passa a maior parte do tempo num estado não-integrado, tendo alguns pequenos períodos de integração (Winnicott, 1988).

Neste sentido, Winnicott emprega o termo “primeira mamada teórica” – diferentemente do que seria uma primeira mamada concreta – para dar sentido a um conjunto de experiências de amamentação, através das quais o bebê se dirige a uma experiência de integração. Neste contexto, a amamentação é entendida como uma situação privilegiada de estabelecimento das bases para o contato com o mundo externo, já que além da nutrição em si, numa situação de saúde, o bebê está envolto num contato humano, vivenciando experiências reais, que ganham sentido subjetivo. (Dias, 2003).

A partir da necessidade do bebê e da adaptação da mãe a esta necessidade, ele poderá viver um conjunto de experiências que lhe permite apoiar sua continuidade de ser. Neste momento, quando algo já se estabeleceu no sentido de uma confiança, o bebê vive um estado de ilusão, sem os quais, como pretendemos explicitar mais adiante, não seria possível nenhum contato entre o bebê e o ambiente. Descreveremos a seguir o estado especial em que a mãe se encontra para fornecer a seu bebê os cuidados adaptados às suas necessidades e, em seguida, as especificidades das tarefas e conquistas que estão em jogo nesse período.

1.2.1. A preocupação materna primária

Ao longo dos novos meses de gravidez a mãe vai, gradualmente, preparando-se para cuidar de seu filho. Na saúde, após o nascimento, a mãe encontra-se num estado muito especial, denominado por Winnicott (1958n) de preocupação materna primária.

Caracteriza-se pela capacidade que a mãe possui de, por um lado, conservar a maturidade que lhe permite cuidar efetivamente e, por outro, regredir e identificar-se com seu bebê de tal forma a atendê-lo de acordo com suas necessidades. Assim funcionando, ela será uma mãe suficientemente boa, termo que Winnicott emprega inclusive para fazer uma diferenciação daquilo que podemos chamar de uma mãe perfeita. Para o autor, a mãe que precisa ser perfeita, não está envolvida efetivamente com necessidades de seu filho, mas, com as suas próprias. A mãe suficientemente boa, por sua vez, atende seu filho “na medida exata das necessidades dele, e não de suas próprias necessidades, como, por exemplo, a de ser boa ou muito boa” (Dias, 2003, p. 133).

Trata-se de um estado temporário que requer da mãe certo grau de saúde:

Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe no início mesmo da vida do bebê sem perceber que ela deve alcançar esse estado de sensibilidade exacerbada, quase uma doença, e recuperar-se dele. (Introduzo aqui a palavra “doença” porque a mulher deve ter saúde o suficiente, tanto para desenvolver esse estado quanto para recuperar-se dele, à medida que o bebê a libera. Caso o bebê morra, o estado da mãe repentinamente revela-se como uma doença. A mãe corre esse risco. (Winnicott, 1958n, p. 401)

Para Winnicott (1988), é possível que uma pessoa substitua a mãe nesta tarefa, mas, dada toda preparação ocorrida na gestação, é a mãe biológica quem estaria em melhores condições de cuidar de seu filho. A mãe biológica pode se adaptar de maneira extrema a seu filho sem qualquer tipo de ressentimento, em função de que seu amor por seu filho é mais verdadeiro, o que significa que inclui ódio pelo filho, sendo o oposto de um amor sentimental. A mãe substituta poderá ser uma mãe suficientemente boa se for capaz de integrar seus sentimentos em relação ao filho.

Envolto por esta qualidade de cuidados ambientais, o bebê estará em condições de dar seus primeiros passos rumo à integração.

1.2.2. Estados tranqüilos e estados excitados

Para melhor entendimento das três tarefas fundamentais, a saber, a integração no tempo e no espaço, o alojamento da psique no corpo e o início das relações de objeto, as quais explicitaremos em mais detalhes a seguir, faz-se necessária a compreensão dos estados tranqüilos e excitados. Os estados excitados referem-se mais às experiências do bebê relativas às primeiras relações de objeto, enquanto que os estados tranqüilos contribuem para as tarefas de integração no tempo e no espaço e para o alojamento da psique no corpo (Dias, 2003).

Na saúde, o bebê alterna estados excitados e tranqüilos, de modo inerente ao processo de amadurecimento. A partir de uma situação de relaxamento própria dos estados tranqüilos, surgem estados excitados que, em geral, encontram-se apoiados na motilidade e na tensão instintual. O bebê é tomado por uma expectativa indeterminada e, nas palavras de Winnicott (1971h), busca algo em algum lugar, ou seja, faz um gesto espontâneo em direção ao ambiente.

Isto não é o mesmo que dizer que o instinto é o responsável pelo início das relações objetais. Para Winnicott (1988), aquilo que impulsiona o bebê em seu gesto é tão somente sua

necessidade pessoal de ser que, como dissemos, só se constitui numa relação com o ambiente. Esta necessidade apenas se apóia na tensão instintual para poder se realizar:

Note-se que existe aqui um relacionamento vitalmente importante entre o bebê e sua mãe, que, no entanto, não deriva da experiência instintiva nem da relação objetal surgida a partir da experiência instintiva. Esse relacionamento é anterior à experiência instintiva, paralelo a ela e entremeado a ela. (Winnicott, 1958p, p. 164)

Na situação em que está buscando algo em algum lugar, o bebê encontra-se em condições de criar o mundo, desde que a mãe possa adaptar-se de modo suficientemente bom a esta situação. Apresentando-lhe aquilo que busca, a mãe estará dando a oportunidade a seu bebê de viver uma ilusão, que pode ser traduzida num sentimento de que o ambiente responde às suas necessidades pessoais. Este sentimento estabelece uma confiança no mundo que, na saúde, se mantém por toda vida, ainda que posteriormente se descubra que o mundo já estava lá muito antes da existência do indivíduo.

É também a partir deste encontro que o bebê poderá experimentar um instante de integração, uma vez que a realidade do ambiente permite o sentimento de realidade de si mesmo. Somente a partir de experiências como esta, o bebê pode se retirar para o estado tranqüilo original, no qual permanece “no estado não-integrado, no relaxamento próprio de quem se sente bem sustentado” (Dias, 2003, p. 190). Nesta condição, o bebê se entrega aos cuidados ambientais com tamanha confiabilidade que, na verdade, nem toma conhecimento da existência destes.

A importância deste estado tranqüilo, como esclarece Dias (2003), reside no fato de que a partir dele está se constituindo o mundo em que o bebê habita, relacionados à integração no espaço e no tempo e ao alojamento da psique no corpo, enquanto que, nos estados excitados são os objetos que podem ser encontrados (criados) neste mundo que estão se constituindo. É também somente a partir do estado tranqüilo, que um impulso pode ser sentido como real, tornando-se uma experiência verdadeiramente pessoal.

1.2.3. As três tarefas iniciais

Na jornada rumo à integração, o bebê, de início, tem que se haver com três tarefas relativas à integração: a integração no tempo e no espaço, o alojamento da psique no corpo e o início das relações de objeto. Cada uma delas se refere a um tipo específico de aquisição, mas não se pode ter nenhuma delas bem realizada sem a presença da outra, ou seja, elas

precisam desenvolver-se em concomitância para que o bebê viva uma experiência de integração global, da qual a cada uma das tarefas constitui uma parte.

A primeira delas, a integração no tempo e no espaço, refere-se à aquisição da capacidade pelo bebê de experimentar uma primeira relação com o tempo e com o espaço. É a mais básica e fundamental das integrações, visto que:

(...) não há sentido de realidade possível – nem do corpo, nem do mundo, nem do si-mesmo – fora de um espaço e de um tempo; não há indivíduo se não houver uma memória de si, aquilo que mantém a identidade em meio às transformações; não há encontro de objetos se não houver um mundo onde os objetos possam ser encontrados e se não houver um si-mesmo que possa encontrá-los. (Dias, 2003, p. 196,197)

Temporalizar e espacializar o bebê, neste contexto, não são funções que se referem a um tempo e a um espaço do mundo compartilhado. O bebê aqui precisa ser temporalizado e espacializado tendo em vista seu único sentido de realidade possível, neste momento, a saber, a realidade do mundo subjetivo. Neste momento, o bebê ainda não tem qualquer percepção do mundo como externo a si-mesmo e sua realidade se apóia na simples continuidade de ser. Esta, por sua vez, é propiciada pela continuidade de cuidados ambientais adaptados às necessidades do bebê.

Desta forma, o primeiro sentido de tempo se relaciona com a continuidade da presença da mãe, que embora não seja reconhecida como tal pelo bebê, este sente seus efeitos pelo próprio sentido de continuidade de ser que gradualmente vai se estabelecendo. A continuidade dos cuidados cria um conjunto de experiências que fornecem um sentido de previsibilidade, uma primeira datação do tempo em termos de presente, passado e futuro. Este sentido de previsibilidade é o que torna um ambiente confiável, ao qual o bebê pode se entregar sem ter de tomar consciência dele, e viver uma experiência de tempo subjetivo que é a base para a integração posterior dentro de um tempo cronológico, sentido de modo pessoal.

A mãe, neste estágio, está envolta com cuidados de alimentação, de sono, banho, excreção, luminosidade, cheiros, sons. Ela cuida para atender as necessidades físicas de seu bebê, que neste caso são as bases para o estabelecimento de uma psicologia:

Em psicologia, é preciso dizer que o bebê se desmancha em pedaços a não ser que alguém o mantenha inteiro. Nestes estágios um cuidado físico é um cuidado psicológico. (Winnicott, 1988, p. 137)

Por esta razão, os tempos que vão sendo acordados entre a mãe e o bebê, nesta comunicação silenciosa e confiável própria deste momento (Winnicott, 1970b), têm como base o próprio ritmo corpóreo do bebê, além do ritmo corpóreo da mãe (respiração, batimento cardíaco, etc.) que, neste estágio, é sentido como parte do bebê. É por isso que a temporalização assume características absolutamente pessoais, que se relacionam à concomitante tarefa de espacialização. Segundo Winnicott (1988), a espacialização se refere a um sentido de habitar, de estar em casa, sentido este que só pode ser adquirido pela habitação do próprio corpo.

É preciso lembrar, no entanto, que dada as peculiaridades desta relação inicial, o corpo da mãe, assim como os detalhes do ambiente, fazem realmente parte do bebê. Neste estágio, a integração no corpo não é sofisticada a ponto de a pele se estabelecer como membrana limitante entre o si-mesmo e o mundo. A espacialização é, na verdade, um pré-requisito para que isto aconteça, e ela mantém o caráter subjetivo de realidade, cuja característica é a de manter o mundo externo e o si-mesmo indistinguíveis.

A integração no espaço se constitui pela gradual reunião do corpo do bebê no colo da mãe, processo que vai aos poucos permitir que ele habite o próprio corpo (Dias, 2003). Diz Winnicott (1986h, p. 23): “uma posição básica a partir da qual operar”. Além disto, a mãe devotada é capaz de concentrar-se nos detalhes daquilo que o bebê apresenta e fornecer tempo para cada um deles. Tempo e concentração criam um nicho capaz de ser habitado, “no interior do qual alguma coisa, que pertence ao aqui e agora, pode ser experienciada” (Dias, 2003, p. 205), e fornece a base da capacidade posterior de habitar o mundo compartilhado sem perder o sentimento de estar em casa.

O cuidado materno específico à tarefa de integração no espaço e no tempo é o segurar (*holding*), que é o protótipo de todos os outros cuidados maternos, já que a integração no espaço e no tempo são a mais básica e fundamental das tarefas. Qualquer outra aquisição na vida de um indivíduo só pode acontecer no interior de um espaço e de um tempo, assim como, o cuidado ambiental específico para conquistas posteriores são especializações do *holding* (Dias, 2003).

Sobretudo pelos distúrbios psicóticos, podemos ver os efeitos do estabelecimento precário destas funções. Quando o ambiente não é capaz de dispensar tempo e concentração

ao bebê, alinhado às suas necessidades pessoais, ele produz uma invasão, porque faz operar fatores externos ao bebê que, por isso mesmo, ele não pode reconhecer. A invasão aí guarda um sentido espacial, já que faz vislumbrar precocemente a imensidão de fora, e também um sentido temporal, considerando que o ritmo é ditado por um fator externo ao bebê. É por este motivo que os pacientes psicóticos sofrem de um sentimento de irrealidade cujas características são de espaços infinitos, dispersos, confusos, e ao mesmo tempo restritos e claustrofóbicos. Trata-se de uma impossibilidade de demarcação do espaço a partir da qual a existência ganha sentido, assim como uma precariedade de datação no tempo. Os psicóticos não podem contar com o tempo, porque não podem prever. Vivem no mesmo momento a ameaça por constantes fins e por começos intermináveis. Faltam aos psicóticos a marcação da finitude que é uma característica essencialmente humana:

A integração num si-mesmo nunca é completa, nem aparentada a um estado unívoco ou fechado em si mesmo; ao contrário, é justamente a integração paulatina, na globalidade espaço-tempo, o que permite a experiência da incompletude. Quando o bebê se inteira no tempo, e começa a ser datado, a ter presente, passado e futuro, ele passa a existir à maneira da finitude, da essencial incompletude humana: ao mesmo tempo em que é algo, desse ser algo participa, necessariamente, ser também, ao mesmo tempo, um já-não (passado) e um ainda-não (futuro). (Dias, 2003, p. 208)

A segunda tarefa, que está intimamente relacionada com a espacialização do bebê, diz respeito ao alojamento da psique no corpo. Trata-se de uma conquista que se refere à delimitação gradual da psique nos limites do corpo, o que contribui para o sentimento de existência de modo real: “o fato de estar vivo e existir vai ganhando consistência, peso, gravidade” (Dias, 2003, p. 210). Este processo foi chamado por Winnicott (1988) de personalização, como forma de fazer referência à despersonalização, estado já consagrado na literatura psiquiátrica, referente ao sentimento de irrealidade do próprio corpo, à ausência de ligação entre o si-mesmo e o corpo.

Este processo é garantido pela função da mãe de manejo (*handling*), uma especificidade do segurar total (*holding*), que se refere mais especificamente ao segurar físico, com a ressalva de que a mãe, para desempenhá-la bem, deve conseguir cuidar do corpo físico de seu filho considerando que ali existe uma pessoa total, ainda que como um potencial. Esta função inclui experiências sensoriais tais como:

(...) ser envolvido, por todos os lados, num abraço vivo, que tem temperatura e ritmo e que faz o bebê sentir tanto o corpo da mãe como o seu próprio corpo; ser aconchegado no berço de modo a permanecer tocado pelas mantas e almofadas e não solto no espaço; as inúmeras sensações táteis de ao ser manejado de todas as formas, banhado, acariciado, afagado, cheirado, etc; diferenças sutis e graduadas de luminosidade, textura e temperatura; a oposição necessária para o bebê exercitar a motilidade; a resposta ativa e concreta para os estados excitados, tanto no que se refere à busca de algo quanto à satisfação instintual e motora. (Dias, 2003, p. 210)

Aqui estão colocadas, por um lado, a capacidade da mãe de ser ela mesma com consistência e, por outro lado, as distintas necessidades relativas aos estados tranquilos e excitados. O bebê alterna momentos em que suas necessidades requerem algum tipo de ação do ambiente, apoiado na tensão instintiva ou na motilidade, e momentos em que se encontra satisfeito e sua necessidade é tão somente o relaxamento, próprio aos estados tranquilos.

A mãe deve ser capaz de atender estas necessidades com consistência e sendo ela mesma, porque o bebê é muito sensível a gestos que são simplesmente estudados e, por isto, não contam com a presença da mãe. Procedendo de modo a manter-se presente e adaptada às necessidades de seu filho, a mãe permite que ele, passo a passo, elabore imaginativamente o corpo físico, que deste modo ganha um sentido pessoal, passando de corpo físico a soma. Ela favorece a coesão psicossomática do bebê, sem o qual uma experiência não pode ser vivida de modo real. A existência, diz Winnicott (1988), é psicossomática, e tudo o que se passa na existência para ter a qualidade de experiência deve passar pelo soma, ou seja, pelo corpo físico que é elaborado imaginativamente de modo pessoal.

Por fim, pela função materna de apresentação dos objetos (*object-presenting*), o bebê inicia gradualmente o contato com a realidade, que fornece as bases para relações objetivas posteriores sentidas como reais. Neste início, o bebê habita um mundo subjetivo de maneira que o único meio de relacionar se dá pela via dos objetos subjetivos. A natureza do que se passa, neste caso, não pode nem mesmo ser definida precisamente em termos de relação, pois o bebê ainda não está integrado a ponto de existir alguém ali que possa se relacionar, e tampouco há a percepção de objetos com algum sentido de externalidade.

Neste contexto, a tarefa da mãe consiste em:

(...) proteger o seu bebê de complicações que ele ainda não pode entender, dando-lhe continuamente aquele pedacinho simplificado do mundo que ele, por intermédio dela, passa a conhecer. (Winnicott, 1945d, p. 228)

Aquilo que o bebê pode passar a conhecer é um objeto que esteja de acordo às suas necessidades. Tudo se passa num tipo de relação em que a mãe, pela adaptação às necessidades, é capaz de reconhecer exatamente aquilo de que o bebê precisa, e apresentar o objeto no momento exato em que sua necessidade pessoal urge. Desta forma, a mãe permite ao bebê uma experiência de onipotência: “a onipotência inicial transformada em fato pela técnica adaptativa da mãe” (Winnicott, 1988, p. 126).

O modelo principal deste tipo de relação é o da amamentação. O bebê sente um desconforto que ele não sabe o que é, nem mesmo sabe que é dele. O desconforto surge a partir da tensão instintiva, mas os instintos ainda não estão integrados como parte do si-mesmo. A necessidade do bebê, neste sentido, não é tanto descarregar a tensão instintiva, senão manter sua continuidade de ser. A intensificação excessiva da tensão instintiva no decorrer do tempo coloca o risco de interrupção da continuidade do ser, já que o bebê não tem meios de lidar com algo que ainda não está integrado.

Como propõe Winnicott (1971g), a necessidade do bebê é ser, e para tanto ele “surfa” na tensão instintual. A partir de sua necessidade, o bebê faz um gesto, ele procura algo em algum lugar, e a mãe, que possui a capacidade de reconhecer sua necessidade, apresenta, nesse momento, o seio. O bebê, que de nada sabe a respeito da existência do mundo externo e de si-mesmo, vive a ilusão de que o seio foi criado a partir de sua necessidade, uma ilusão de onipotência, que é o fundamento da vida criativa. Note-se que aqui é o próprio bebê quem cria o mundo de onde depois serão distinguidos o si-mesmo e o mundo externo; ou seja, na saúde, todas as sofisticadas egóicas e de relações objetivas conquistadas posteriormente estão apoiadas nessa criação inicial do bebê que, por sua vez, tem como base um gesto que busca algo em algum lugar, um gesto espontâneo que tem origem na amorfia do bebê (Winnicott, 1971h). A criatividade é algo que só pode ser definido em conexão com esta área de amorfia, que é caracterizada por uma apercepção, e que fornece as bases para relações posteriores sentidas como reais:

É pela apercepção criativa, mais do que qualquer outra coisa, que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida. Em contraste, existe um relacionamento de submissão com a realidade externa, onde o mundo em todos os seus pormenores é

reconhecido apenas como algo a que ajustar-se ou a exigir adaptação. A submissão traz consigo um sentido de inutilidade e está associada à idéia de que nada importa e de que não vale a pena viver a vida. (Winnicott, 1971g, p. 95)

Esta é a natureza das relações com objetos subjetivos, cuja característica se define por “presenças imediatas, incondicionadas, (...) totalmente submetidas ao poder do bebê” (Loparic, 1995, p. 37). Esta, segundo Winnicott (1953c), é a única forma que um ser humano pode alicerçar as bases de relações objetais posteriores percebidas como externas, mas sentidas como reais de modo pessoal. Neste momento, um objeto que surge a partir do ambiente sem conexão com a necessidade do bebê, não pode ser compreendido ou abarcado pela zona de experiência dele, de modo que ele gera uma interrupção de sua continuidade de ser, uma vez que o bebê se depara com um sentido de realidade para o qual ainda não está preparado. O sentido de realidade que o ser humano pode acessar é sempre aquele que foi criado por ele mesmo.

1.2.4. Criatividade e constituição do si-mesmo primário

À medida que se processam as três tarefas fundamentais da primeira mamada teórica, o que propriamente está se constituindo é o si-mesmo primário, ou dito de outro modo, o sentido de ser primeiro que fundamenta toda continuidade da existência em termos de conquistas mais sofisticadas.

A elaboração deste tema, embora seus fundamentos já estivessem lançados desde o início, é tardia na obra de Winnicott. A formulação final de sua teoria do objeto subjetivo se dá ao final da década de sessenta e fundamenta a noção da constituição de um si-mesmo primário.

Segundo Winnicott (1971h), o encontro com o objeto subjetivo acontece por meio de um impulso criativo que é a base de ser do bebê, relacionado à tendência inata à integração. A condição de existência de um gesto criativo é a de que este emerge de um estado de amorfia, de não integração, relacionado aos estados tranqüilos e às aquisições de integração no tempo e no espaço, e de coesão psicossomática. Na excitação própria ao gesto que busca um contato, o encontro do objeto não só cria a realidade do objeto, como também cria a realidade do si-mesmo.

Considerando que o objeto subjetivo se refere ao objeto primeiro, que ainda não foi repudiado como um fenômeno não-eu, no encontro com ele, o bebê, por assim dizer, torna-se

o objeto, no sentido de que o objeto é o sujeito. Esta é a experiência descrita por Winnicott (1967c) como identificação primária, que cria o si-mesmo e o sentido de ser como identidade.

A esta experiência de ser como identidade, Winnicott chama de elemento feminino puro, presente em homens e em mulheres, dizendo respeito ao ‘ser’, em contraste com o ‘fazer’, que se relaciona com o elemento masculino puro. Esta distinção, ser e fazer, como aponta Dias (2003), “é uma nova maneira de formular a diferença entre objeto subjetivo e objeto objetivamente percebido” (Dias, 2003, p. 218). Ser é a base do fazer de um modo pessoal e é a mais fundamental das experiências humanas:

Ser é a mais simples de todas as experiências e, talvez por isso, a mais difícil de ser concebida por meio da reflexão. Além de ser a mais simples, ela é também a mais importante de todas as experiências, a base para todas as que lhe são subsequentes (...). (Dias, 2003, p. 219)

Dissemos que a condição de ser está relacionada com um gesto criativo do bebê, o que significa dizer que este não pode ser um gesto estimulado pelo ambiente. O ambiente que provoca o gesto é, por assim dizer, um ambiente que ‘faz’ e não um ambiente que ‘é’. ‘Fazendo’, o ambiente obriga ao bebê uma adaptação, edificada defensivamente, que o priva de experiências reais. O bebê necessita neste momento, sobretudo, de uma mãe que seja ela mesma, que cuide de um modo próprio, intuitivo e que permita acordos com o modo de ser bebê. A mãe não pode cuidar do bebê por meio de técnicas que derivam de um processo intelectual. Somente a partir de uma mãe que ‘é’, o bebê poderá chegar a ‘ser’, pela experiência de identificação primária na qual ele propriamente torna-se a mãe, incluindo todos os cuidados ambientais que ela fornece.

‘Ser’, neste sentido, diz respeito à aquisição de um sentido de realidade subjetiva³, o primeiro sentido de realidade que um ser humano pode vir a criar, se cuidado de modo suficientemente bom. Embora não se tratem aqui de objetos com algum sentido de externalidade, e tampouco da existência de algum delineamento da vivência do si-mesmo, paradoxalmente, desde o início, Winnicott concebe a aquisição do sentimento de realidade em relação ao contato com um ambiente suficientemente bom, mesmo que ele ainda não possa ser percebido como tal pelo bebê, e exatamente por isto tem o estatuto de uma criação,

³ Contrastamos esta idéia de Winnicott com a idéia de realidade interna proposta pela psicanálise tradicional. A realidade subjetiva não tem caráter interno porque ainda não há um eu constituído que permita o sentido de internalidade ou de externalidade. Ela se refere ao sentimento de estar vivo e de ser real.

criação esta que comporta tanto o próprio bebê como uma experiência de identidade de si-mesmo, quanto o ambiente, já que eles se encontram indiferenciados.

2. Os estágios de dependência relativa

2.1. Estágio da desilusão, desmame e início das funções mentais

Este estágio caracteriza-se por uma gradual desadaptação da mãe, que coincide com a necessidade do bebê de seguir amadurecendo, avançando no processo gradual de separação da mãe. Neste estágio, o bebê já tem bem estabelecidas as conquistas da primeira mamada teórica, cuja característica principal é a de ter constituído uma capacidade de ilusão que cria a realidade de si-mesmo e do mundo. Para dar continuidade ao amadurecimento, o bebê agora precisa viver a desilusão, que é um aspecto central do desmame.

É preciso notar que a desilusão, nas concepções de Winnicott, só pode se dar a partir de uma bem fundada capacidade para ilusão, que permanece na saúde como um aspecto central por toda a vida. A desilusão, aqui, diz respeito propriamente à perda do caráter onipotente da ilusão:

Eu o formularia da seguinte maneira: alguns bebês têm a sorte de contar com uma mãe cuja adaptação ativa inicial à necessidade foi suficientemente boa. Isto os capacita a terem a ilusão de realmente encontrar aquilo que eles criaram (alucinaram). Eventualmente, depois que a capacidade para o relacionamento foi estabelecida, estes bebês podem dar o próximo passo rumo ao reconhecimento da solidão essencial do ser humano. Mais cedo ou mais tarde, um desses bebês crescerá e dirá: “Eu sei que não há nenhum contato direto entre a realidade externa e eu mesmo, há apenas uma ilusão de contato, um fenômeno intermediário que funciona muito bem para mim quando não estou muito cansado. A mim não importa nem um pouco se aí existe um problema filosófico”. (Winnicott, 1988, p. 135)

Deste modo, a mãe, que passa a reconhecer que o bebê já estabeleceu certas conquistas, vai emergindo naturalmente do estado de preocupação materna primária. Ela agora pode contar com a maturidade crescente do bebê e pode falhar em pequenas doses. Especialmente no que concerne ao desmame, a mãe também precisa contar com sua agressividade, uma capacidade de odiar que está incluída em sua forma de amar seu filho. O ódio pela sobrecarga que o bebê representa permite à mãe conduzir o desmame e, desta forma, liberar o seu filho para uma crescente autonomia. Se, por dificuldades próprias, a mãe não for capaz de usar o

seu ódio, ela não deixa alternativas ao amadurecimento. Neste caso o bebê se mantém permanentemente em estado de regressão ou encena uma rejeição completa da mãe.

Sob este aspecto, as falhas da mãe apoiadas em sua capacidade de odiar é o que propriamente se constitui no adequado cuidado do ambiente. Paradoxalmente, a adaptação, neste estágio, se constitui numa desadaptação. Esta, por sua vez, impulsiona ao funcionamento mental e aos processos intelectuais em sua especificidade, que é uma aquisição fundamental neste período.

O bebê usa do processo intelectual para lidar com a lacuna existente entre a adaptação absoluta e a adaptação agora relativa da mãe. As falhas compreendidas intelectualmente se tornam toleráveis e ganham sentido de previsibilidade, uma vez que o bebê pode reconhecer, por exemplo, que se há um barulho na cozinha, em breve ele será alimentado. O bebê, neste estágio, já se encontra de posse de um certo esquema “se...então” (Dias, 2003), que o possibilita suportar a separação e ao mesmo tempo desfrutar dela, como veremos adiante no estágio da transicionalidade.

2.2. A transicionalidade

Com o início do processo de desilusão que põe em marcha a gradual separação da mãe, instaura-se uma nova área de experiência para o bebê. Trata-se de uma zona intermediária entre o mundo dos objetos subjetivos e a capacidade de se relacionar com objetos positivamente percebidos: a realidade dos objetos transicionais.

A partir da gradual desadaptação da mãe, portanto, instaura-se um espaço ‘entre’ o bebê e a mãe, um ‘espaço potencial’ que, na saúde, será preenchido pela vida criativa do bebê. Neste espaço, o bebê elege um objeto, o objeto transicional, que não é nem subjetivo nem objetivo, constituindo-se justamente num elo entre os dois mundos.

Segundo Loparic (1995), trata-se uma mudança no modo de realidade dos objetos, que vão ganhando parcialmente sentido de externalidade, mas sem configurar-se ainda num sentido pleno de realidade dado na representação. Este fenômeno, a que Winnicott (1953c) denominou de transicional, ocorre, como num movimento de pêndulo, de modo que o bebê passa do mundo subjetivo, criado por ele, ao contato com os objetos externos, também criados por ele, mas que, por precisarem estar lá de modo real e concreto, inclusive para a experiência de criação, passam a adquirir sentido de achados, encontrados, e, desta maneira, fornecendo as bases para a gradual construção da fronteira entre o eu e o ambiente, bem como para a manutenção de um sentido de ligação entre eles.

Neste sentido, o objeto transicional emerge da ilusão de onipotência característica da realidade dos objetos subjetivos. Somente sobre o bom estabelecimento do objeto subjetivo, a realidade dos objetos transicionais poderá ser experimentada, o que significa dizer que, somente a partir de uma adaptação absoluta a mãe poderá promover uma gradual desadaptação. Neste espaço potencial promovido pelo início da separação da mãe, o objeto não funciona magicamente como funciona o objeto subjetivo, uma vez que “(...) algo do mundo externo se imiscua na área de onipotência do lactente” (Dias, 2003, p. 236). Por esta razão:

De ser o objeto, o bebê passa a possuir o objeto e, por meio dessa posse, ele posterga o abandono do controle mágico sobre o mundo, prolongando por algum tempo a onipotência originalmente satisfeita pela adaptação realizada pela mãe. (Dias, 2003, p. 236)

O objeto faz as vezes da mãe, configurando-se num objeto que ao mesmo tempo suporta a separação e simboliza a união do bebê com a mãe. Este modo de realidade suporta, portanto, a realidade subjetiva e a realidade objetiva, mantendo-as ao mesmo tempo separadas e inter-relacionadas. É o primeiro relacionamento com um objeto que mantém uma condição de externalidade, ainda que a partir de um controle onipotente. A idéia de que o bebê toma posse do objeto, indica que este é um objeto não-eu. Trata-se de um primeiro relacionamento com objeto externo, que por sua natureza específica dá ao bebê a possibilidade de vivê-lo de um modo pessoal, sustentado, por assim dizer, nos objetos subjetivos que são criações dele. Exatamente por conservar a criatividade inerente ao ser, ele inaugura um modo pessoal de relacionamento com o mundo externo:

Tenho a esperança de que o leitor aceite uma referência geral à criatividade, tal como postulamos aqui, evitando que a palavra se perca ao referi-la apenas à criação bem sucedida ou aclamada, e significando-a como um colorido de toda a atitude com relação à realidade externa. (Winnicott, 1971g, p. 95)

Uma vez que aí o objeto faz as vezes da mãe, este estágio fornece as bases da capacidade de simbolização no bebê, no sentido de que *algo faz as vezes de algo*. De um objeto (ursinho, ponta do cobertor, etc.), este fenômeno se amplia para todo o campo do brincar e da vida cultural (artes, religião, etc.), persistindo, na saúde, por toda a vida. Assim, este estágio inaugura uma terceira área do viver, esta zona intermediária entre o mundo

subjetivo e o mundo objetivamente percebido, que não havia nunca sido tratado pela psicanálise, pois esta, tradicionalmente, sempre se pautou por um duplo enunciado: realidade interna e realidade externa. A este respeito, afirma Winnicott:

Minha reivindicação é a de que se existe necessidade desse enunciado duplo, há também de um triplo: a terceira parte da vida de um ser humano, parte que não podemos ignorar, constitui uma área intermediária de experimentação, para qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa. Trata-se de uma área que não é disputada, porque nenhuma reivindicação é feita em seu nome, exceto que ela exista como lugar de repouso para o indivíduo empenhado na perpétua tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, ainda que inter-relacionadas. (Winnicott, 1953c, p. 15)

Neste sentido, a psicanálise, tradicionalmente, ao tratar do brincar e de toda atividade cultural, deu importância sobretudo ao conteúdo, no sentido de que ali vinham à tona questões relativas ao inconsciente reprimido. Winnicott, por sua vez, atribui ao brincar uma importância em si-mesma. Não é tanto o objeto, senão o modo de utilização dele, que lhe confere a natureza da transicionalidade, cujas conquistas trazem uma grande amplitude à experiência do bebê, considerando que o torna capaz de usar símbolos.

Entretanto, a realidade e o caráter simbólico do objeto dependem dos cuidados ambientais suficientemente bons. Se, por um lado, a mãe precisa falhar, esta falha precisa ser suportável ao bebê, ou seja, que a vivacidade e a confiabilidade do objeto subjetivo possam durar para o bebê sem a presença da mãe. Se a mãe se ausenta por um tempo maior do que o objeto subjetivo pode se manter vivo para o bebê, o objeto transicional perde seu valor de símbolo e a atividade, que se constituiria no colorido próprio na relação com o mundo externo, passa a se estabelecer de um modo defensivo, com o objetivo de negação da separação da mãe.

Não é demais salientar que aquilo que é suportável para o bebê, é, por assim dizer, aquilo que foi criado por ele. Este é o sentido da afirmação de que o objeto transicional se apóia na presença efetiva do objeto subjetivo. E é também por esta razão que, em última instância, pode-se afirmar que o objeto transicional é também uma criação do bebê. O espaço potencial onde estes objetos podem existir, não é propriamente um lugar senão o modo de ser do bebê ou o próprio bebê. A transicionalidade é, aqui, o modo de realidade deste estágio do amadurecimento, e sua compreensão, como bem salienta Winnicott (1971q), requer a

aceitação deste paradoxo que consiste no relacionamento com objetos que são ao mesmo tempo criados e encontrados, subjetivos e objetivos, separação e união.

2.3. O uso do objeto

Até a transicionalidade, estamos no campo do que se denomina relação de objeto, ainda que este termo seja impreciso no que tange aos objetos subjetivos, uma vez que, neste caso, ainda não se pode supor a existência de dois entes. Neste estágio, o bebê passa da relação para o uso do objeto, cuja característica principal, que o diferencia das relações de objeto, reside na natureza e no comportamento do objeto, que é real e capaz de ser percebido do ponto de vista da objetividade.

Com a diferença entre relação e uso do objeto, Winnicott (1969i) aponta para o fato de que a psicanálise tradicional sempre eliminou o exame dos fatores ambientais, exceto quando eles pudessem ser considerados em termos de mecanismos de projeção. Entretanto, segundo o autor, o estágio do uso do objeto não pode ser compreendido nestes termos: “(...) ao examinar o uso, não há saída: o analista tem de levar em consideração a natureza do objeto, não como projeção, mas como coisa em si” (Winnicott, 1969i, p. 124).

O estágio do uso do objeto é o momento em que o bebê passará finalmente a reconhecer os objetos a partir da perspectiva da objetividade, conferindo-lhe existência independente. Trata-se, como em tudo no amadurecimento, de uma conquista que requer certos cuidados ambientais específicos.

Neste estágio, o bebê que já está dotado de maior potência muscular e coordenação, põe-se a destruir o objeto. Ele pode chutar a mãe, jogar e desdenhar objetos e, desta forma, vai expulsando o objeto para fora do âmbito na onipotência. Esta operação de expulsão do objeto é descrita por Winnicott como a destruição do objeto, com a ressalva de que o objeto precisa sobreviver e o que propriamente está sendo destruído é o caráter subjetivo do objeto:

O sujeito diz ao objeto: “Eu te destruí”, e o objeto está ali, recebendo a comunicação. Daí por diante o sujeito diz: “Eu te destruí. Eu te amo. Tua sobrevivência à destruição que te fiz sofrer confere valor à tua existência, para mim”. (Winnicott, 1969i, p. 126)

A sobrevivência do objeto é o que lhe confere existência real fora do âmbito da onipotência do indivíduo, e este é o caráter da dependência que é aqui relativa: o ambiente precisa ser capaz de sobreviver para que a onipotência não seja novamente confirmada.

Agindo desta forma, o ambiente permite ao bebê a separação entre o fato (a sobrevivência do objeto) e a fantasia (a destruição do objeto na fantasia inconsciente), sendo então neste estágio que a capacidade para fantasiar se estabelece como uma conquista, que fornece as bases para a posterior constituição do mundo interno no estágio seguinte, quando o bebê já se torna capaz de se reconhecer num eu integrado (Dias, 2003).

É preciso notar que ao postular a existência de um movimento de destruição do objeto neste estágio, Winnicott (1969i) analisa a questão da agressividade de maneira diferente do que ela foi analisada tradicionalmente na psicanálise. Trata-se de uma agressividade que é anterior ao encontro com o princípio da realidade, sendo, neste caso, o próprio impulso destrutivo, em condições ambientais favoráveis, que propriamente cria a condição de externalidade do ambiente. Por esta razão, Winnicott afirma que não há raiva neste tipo de destruição do objeto. Há, por outro lado, alegria pela sobrevivência do mesmo, já que isto garante um sentido de realidade e de disponibilidade dos objetos. A sobrevivência confere valor aos objetos, que agora podem ser usados, amados ou odiados:

A partir desse momento, ou surgindo dessa fase, o objeto, na fantasia, está sempre sendo destruído. Essa qualidade de “estar sempre sendo destruído” torna a realidade do objeto sobrevivente sentida como tal, fortalece o tom de sentimento e contribui para a constância objetal. O objeto, agora, pode ser usado. (Winnicott, 1969i, p. 130)

De outra forma, se o objeto se apresenta muito frágil, o bebê precisa se colocar protegendo-o e não pode fazer a experiência necessária de destruição, o que significa que ele “não chegará a relacionar-se com o objeto externo real, não poderá usá-lo, nem amá-lo, nem odiá-lo” (Dias, 2003, p. 250). Todas estas capacidades são conquistas do amadurecimento que dependem das qualidades reais do objeto: “se a mãe sucumbe à destruição, a criança não tem como operar essa passagem” (Dias, 2003, p. 251).

Na saúde, portanto, a mãe é capaz de sobreviver e, fazendo-o, ela se torna capaz de cuidar do ambiente, de poupar a criança de mudanças externas bruscas e de permitir que ela gradativamente vá criando o sentido de externalidade do mundo de um modo próprio. Sem este cuidado, o mundo irrompe para a criança e, neste caso, perde seu sentido subjetivo de criação. Ao criar o sentido de externalidade dos objetos, a criança está destruindo o objeto subjetivo, mas o significado subjetivo dele que, na saúde, deve permanecer, dando-lhe a

sensação de que o mundo lhe diz respeito, que tem valor para o si-mesmo naquilo que ele pode oferecer por suas qualidades como coisa em si, real e independente.

3. A conquista da identidade unitária e o amadurecimento posterior

Este longo percurso, na saúde, culmina com a integração do indivíduo num “eu”, no estágio denominado EU SOU. A partir daí, o indivíduo possui mais consistentemente um sentido de realidade externa, assim como um mundo interno, capaz de colecionar e relacionar memórias de suas experiências. Desta forma, o indivíduo estará em condições de gradativamente reunir amor e ódio num mesmo objeto e, portanto, tornar-se ambivalente e capaz de preocupar-se a propósito do concernimento.

A conquista da identidade unitária inaugura assim um longo percurso no âmbito das relações interpessoais, formando as bases para o estágio da independência absoluta, que compreende Édipo, latência, adolescência, início da idade adulta, adultez, velhice e morte.

Para os fins deste trabalho, não nos deteremos nos detalhes desses estágios mais avançados do amadurecimento, uma vez que as psicoses encontram etiologia nos estágios anteriores à conquista da identidade unitária.

Capítulo II

A teoria winnicottiana das psicoses

1. A gênese das psicoses como falha ambiental

Dissemos que a neurose se constitui na problemática para qual Freud dirige seu interesse teórico e que, a partir desta compreensão, sustenta uma teoria das psicoses que não altera os fundamentos estruturais de sua teorização psicanalítica como um todo. Dito de outro modo, Freud concebe as psicoses em termos de aparelho psíquico, de relações entre princípio do prazer e princípio de realidade, de sua teoria das pulsões e de sua teoria da sexualidade, os quais tem como pressuposto um ego, ainda que frágil, operante desde o início da vida humana, de maneira que é a ele atribuída uma função mediadora entre as pulsões provindas do id e as exigências do mundo externo (Freud, 1923).

Winnicott, a partir dos estudos sobre o amadurecimento humano empreende uma releitura inovadora da teoria freudiana como um todo, marcando diferenças radicais especialmente no que diz respeito ao modo de conceber a teoria das psicoses, na medida em que leva em conta o período da vida humana em que ainda não se pode pressupor um ego individual operante e que, por isto mesmo, requer a inclusão do fator ambiental. Neste sentido, o esforço teórico de Winnicott dirige-se à compreensão dos estados mais iniciais do amadurecimento humano, anteriores à conquista de um eu unitário e que, por isto, requerem a aceitação da realidade da dependência, ou, nas palavras do autor, o fato de que “os lactentes humanos não podem começar a ser exceto sob certas condições” (Winnicott, 1960c, p. 43).

No Capítulo 1, a partir de uma descrição dos elementos fundamentais da teoria do amadurecimento, procuramos tornar clara a concepção winnicottiana de dependência, segundo a qual a possibilidade de ser, ainda que seja um potencial herdado, não pode se tornar um fato sem a existência de bons cuidados ambientais adaptados às distintas necessidades do lactente ao longo do amadurecimento, como também a noção de que a dependência nunca chega a se findar completamente, ainda que possamos reconhecer que sua função vital se cumpre nos estágios iniciais anteriores à aquisição do estatuto de unidade, estágios estes que são pontos de origem do desenvolvimento das doenças psicóticas (Winnicott, 1945d).

Tomemos como modelo o estágio da dependência absoluta. Neste o bebê encontra-se completamente dependente dos cuidados de sua mãe sem, contudo, tomar nenhum conhecimento disto, já que ainda não possui qualquer capacidade de discriminar o si-mesmo do mundo externo. Esta condição apenas garante sua continuidade de ser e não presume uma

tomada de consciência, de tal forma que Winnicott (1953a) afirma que, neste momento, a unidade se constitui pelo conjunto ambiente-indivíduo, ou dito de outro modo, o bebê é o cuidado que recebe do ambiente.

De modo que não há, neste estágio tão precoce, nenhum fator externo, a mãe é parte da criança. Neste estágio o padrão da criança inclui a experiência da criança com a mãe tal como é em sua realidade pessoal. (Winnicott, 1965n, p. 59)

Distorções do cuidado ambiental neste período provocam distorções imediatas no amadurecimento do bebê e, por esta razão, afirma Winnicott (1953a) que as psicoses se desenvolvem em decorrência de falhas ambientais neste período:

O diagnóstico é feito quando o ambiente não consegue ocultar ou resolver as distorções do desenvolvimento emocional, levando a criança a organizar-se em torno de uma linha de defesa que se torna reconhecível como uma entidade patológica. Esta teoria parte do princípio de que as bases da saúde mental são lançadas na primeira infância pelas técnicas utilizadas com naturalidade por uma mãe preocupada em cuidar de seu filho. (Winnicott, 1953a, p. 305)

É preciso notar que se trata de um período em que o bebê está às voltas com as três tarefas primárias de integração no tempo e no espaço, de alojamento da psique no corpo e do início do contato com a realidade, que caminham no sentido da constituição do si-mesmo primário. A adaptação da mãe aqui cumpre sua função vital porque é somente por meio dela que o bebê poderá constituir-se de um modo pessoal, o que implica em ter respeitada a realidade dos objetos criados subjetivamente, que é sua única forma de acesso à realidade do mundo e de si-mesmo.

O bebê ainda não se encontra integrado o suficiente para poder experienciar algo que se acha fora de sua área de onipotência. Quando há uma falha na adaptação, o ambiente comporta-se de maneira a fazer notar sua existência separada, seja por uma presença incisiva ou por uma ausência num momento em que o bebê estava pronto para criá-lo. Desta forma, o ambiente vem a ser sentido como intrusivo e o bebê, que antes se encontrava empenhado na mais básica e fundamental das tarefas humanas, ser, agora precisa reagir à intrusão ambiental, o que lhe impõe uma interrupção de sua continuidade de ser:

Neste lugar que é caracterizado pela existência de um ambiente sustentador, o “potencial herdado” está se tornando uma “continuidade do ser”. A alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila. Ser e aniquilamento são as duas alternativas. O ambiente tem por isso como principal função a redução ao mínimo de irritações a que o lactente deva reagir com o conseqüente aniquilamento do ser pessoal. (Winnicott, 1960c, p. 47)

Portanto, quando o bebê está reagindo, ele não está sendo. Por outro lado, a reação é uma tentativa de manter intacto o núcleo do si-mesmo potencial que se acha ameaçado pela intrusão ambiental, o que só pode ser conseguido por um retorno ao isolamento. Porém não se trata mais de um estado de isolamento primário, natural a todos os seres humanos, mas de um isolamento que envolve cada vez mais organizações defensivas que visam proteger-se da intrusão ambiental (Winnicott, 1953a). As distintas formas de organizações defensivas serão examinadas mais adiante neste capítulo, sendo importante, por agora, marcar que esta condição pressupõe o fato de que o bebê estará “permanentemente privado da raiz que poderia proporcionar continuidade com início pessoal” (Winnicott, 1967b, p. 136) e, a partir daí, nos aproximarmos da natureza do sofrimento psicótico.

Winnicott introduz o termo agonia impensável para descrever este tipo de sofrimento relativo ao aniquilamento, distinguindo-a das ansiedades tradicionalmente descritas pela psicanálise em termos de castração ou separação. Mais adiante, neste capítulo, examinaremos detalhadamente a condição traumática da agonia impensável, tal como propõe Winnicott, que se diferencia radicalmente da idéia tradicional de trauma. A distinção fundamental reside no fato de que a agonia impensável só pode ser assim caracterizada porque ocorre num momento em que o bebê não tem constituída uma estruturação básica da personalidade, ou seja, é justamente por isto que ela é uma agonia impensável, visto que o bebê ainda não tem meios de lidar com o fato ocorrido em termos de mecanismos mentais ou representacionais: neste caso, ele fica exposto a uma durável sensação agônica, que não recai sobre um ou outro aspecto de sua personalidade, mas atinge sua condição de existência e realidade como um todo, incluindo nisto também o ambiente, que, por princípio, é parte integrante do bebê neste período (Winnicott, 1960c).

Na clínica com pacientes psicóticos é freqüentemente observável os efeitos das agonias impensáveis por meio de um estado de coisas que pode ser descrito em termos de desintegração, sentimentos de irrealidade, desorientação no espaço e no tempo, falta de

coesão psicossomática, funcionamento intelectual ex-cindido, relacionamentos sentidos como falsos ou perigosos. Segundo Winnicott (1988), são efeitos próprios à interrupção da continuidade de ser, que deve ser entendida como o oposto do amadurecimento, que num ambiente facilitador naturalmente cumpriria sua tendência integrativa.

A meu ver, os estados que são possíveis prevenir com um bom cuidado do bebê são aqueles que, quando encontrados num adulto, seriam naturalmente agrupados sob o termo loucura. (Winnicott, 1958d, p. 165)

Neste caso, a tarefa integrativa que, se tudo corre bem, tende a acontecer naturalmente não ocorre, e o resultado é uma condição de não-acontecido. O psicótico, segundo Winnicott (1988), não se encontra às voltas com dificuldades concernentes à vida (vida instintiva e relacionamentos interpessoais), encontra-se, por outro lado, numa luta incessante por alcançá-la:

(...) o bebê que não teve uma única pessoa que lhe juntasse os pedaços começa com desvantagem a sua tarefa de auto-integrar-se, e talvez nunca o consiga, ou talvez não possa manter a integração de maneira confiante. (Winnicott, 1945d, p. 224)

Dias (1998) afirma que, da perspectiva winnicottiana, a psicose não pode ser descrita como um psiquismo estilhaçado na luta das pulsões, mas antes, como um psiquismo inacabado: “(...) um indivíduo que não pode reunir-se num *self* levando a termo o processo de ingressar na vida. O psicótico é um não-nascido” (Dias, 1998, p. 229).

É preciso notar, no entanto, que até que o bebê se constitua como um eu integrado e, portanto, saudável o suficiente para não desenvolver uma psicose, há uma longa jornada. Até aqui, enfocamos os aspectos relativos ao início da dependência absoluta e da primeira mamada teórica. Outras necessidades vão surgindo com o início da dependência relativa e requerem outras formas de adaptação do ambiente e, por isto, podem gerar modos distintos de traumas, o que será tratado a seguir. Por ora, resta reafirmar que embora se trate de um outro momento do amadurecimento que ainda se encontra anterior ao estabelecimento do *self* como unidade, não altera a tese fundamental de Winnicott, a qual procuramos desenvolver aqui, de que as psicoses são decorrência da falha adaptativa ambiental nos estágios iniciais do amadurecimento humano.

2. A noção de trauma em Winnicott e o desenvolvimento das psicoses

Em seu texto de 1965, “O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família”, Winnicott apresenta uma classificação geral dos traumas em consonância com sua teoria do amadurecimento. Divide-os em cinco tipos relativos às distintas etapas do amadurecimento:

A. Trauma que motiva o colapso da confiabilidade em relação ao meio ambiente, relativo ao estágio da dependência absoluta e que tem como resultado o fracasso no estabelecimento da estrutura da personalidade.

B. Trauma relativo ao fracasso da desadaptação gradual do ambiente no estágio da dependência relativa, que acarreta a impossibilidade do indivíduo ir se constituindo como uma unidade, gradativamente separada do ambiente.

C. Trauma relativo a uma quebra abrupta do cuidado ambiental que vinha se estabelecendo bem, inclusive ao ponto de o bebê já ter alcançado a separação do ambiente. Por esta condição, ele consegue reconhecer a falha como sendo do ambiente, e, desta forma, ele passa a cobrar do ambiente o prejuízo que lhe foi causado. Neste caso, há uma quebra da fé, problemática específica do distúrbio descrito por Winnicott como tendência anti-social.

D. Trauma relativo ao momento do amadurecimento em que a personalidade está suficientemente integrada, em que já existe uma pessoa total que se relaciona com pessoas totais e com sua vida instintiva. Neste tipo de trauma a criança será muito ferida, porque ela inclusive já tem capacidade de abarcar a experiência do sofrimento, o que é radicalmente distinto do caráter de trauma que gera aniquilamento. Este é um tipo de trauma relativo às neuroses.

E. Por último, Winnicott refere-se ao trauma relativo à destruição da pureza da experiência individual, em função de uma demasiada intrusão ambiental súbita e imprevisível, gerando ódio no indivíduo, que não é experienciado como tal, mas delirantemente, como sendo odiado. Dias (1998), reconhecendo o fato de este não ter sido um ponto suficientemente esclarecido pelo autor, lança uma hipótese de compreensão ao considerar como sendo um tipo especializado do trauma descrito anteriormente relativo às neuroses. Segundo a autora, a capacidade de odiar só pode ser suposta num momento posterior ao estágio do concernimento, de tal forma que poder-se-ia pensar num problema de confiabilidade numa etapa mais adiantada do amadurecimento, relativo, neste caso, às personalidades esquizóides.

Para fins deste trabalho, interessa-nos os dois primeiros sentidos de trauma descritos, uma vez que são estes que têm o caráter de uma agonia impensável e que, portanto,

estabelecem o campo para o desenvolvimento das psicoses. Por intermédio deles já se pode apreender algumas diferenças fundamentais da concepção winnicottiana de trauma em relação à psicanálise tradicional.

Segundo Dias (1998), o trauma no sentido freudiano via de regra é referido a choques endógenos, resultantes de intensidades desequilibradas de forças pulsionais. Desta forma, tem como pressuposto a idéia de que o trauma incide sobre algo inteiro (organismo ou estrutura) que se quebra sob seu impacto, e o trauma é sempre concebido como um evento positivo, capaz de ser observado e descrito.

Winnicott (1989d) descreve da seguinte forma a natureza do trauma:

A idéia de trauma envolve uma consideração de fatores externos; em outras palavras, é pertinente à dependência. O trauma é um fracasso relativo à dependência. (Winnicott, 1989d, p. 113)

Nestes termos, a noção de trauma assume necessariamente uma incidência sobre uma relação e não sobre uma entidade integrada. O evento traumático não possui intensidade ou é demasiado por si próprio. Aquilo que é considerado demasiado numa intrusão ambiental depende da capacidade atual do bebê de tolerar, ou dito de outra maneira, depende do estágio do amadurecimento que se encontra e de suas necessidades relativas a ele. Mais do que isto, nos estágios iniciais do amadurecimento, que se constituem como de importância maior para este trabalho, a relação possível não é da ordem dos relacionamentos interpessoais. Sua natureza inclui fundamentalmente a experiência do bebê de criar o mundo, sem ainda ter delimitadas as fronteiras entre o si-mesmo e o mundo externo. Neste sentido, a noção de trauma assume características de “nada acontecendo quando algo poderia proveitosamente ter ocorrido” (Winnicott, 1974, p. 75), ou seja, de algo que não pode ser abarcado pela área de onipotência e que por isto não pode ser experienciado. Tal concepção é radicalmente distinta do trauma tradicionalmente concebido como evento positivo, observável e descritível.

Para compreender a natureza do trauma em Winnicott é preciso apreender seu caráter temporal. A temporalidade é o fundamento da existência humana em Winnicott, sobre o qual se assenta a continuidade de ser na direção da integração, já que se estabelece um ambiente previsível que, por isto, seja confiável. O trauma provoca a interrupção desta continuidade, justamente porque contém elementos extemporâneos (Dias, 1998), que se relacionam à imprevisibilidade do ambiente.

No artigo “O medo do colapso”, de 1963, Winnicott apresenta a tese de que a experiência traumática ocorrida nos estágios iniciais do amadurecimento não pode ser vivida como tal. A experiência é traumática exatamente porque está fora da área de onipotência do bebê, único modo de acesso neste momento a uma experiência real, e, deste modo, o que ela produz é uma interrupção do viver. Com isso, o evento não pode ser temporalizado, não pode cair no passado porque não existe ali um ego capaz de integrá-lo dentro de uma experiência pessoal de tempo, que depende da experiência de ilusão de onipotência. Assim, afirma Winnicott:

O intuito deste artigo é chamar a atenção para a possibilidade de que o colapso já tenha acontecido. O paciente precisa “lembrar” isto, mas não é possível lembrar algo que ainda não aconteceu, e esta coisa do passado não aconteceu ainda, porque o paciente não estava lá para que ela lhe acontecesse. (Winnicott, 1974, p. 74)

Um exemplo que ilustra esta questão vem de um paciente atendido no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial. Ele tinha uma grande dificuldade em repousar, que se apresentava por meio de insônia intensa, agitação, recusa de qualquer tipo de ajuda, e no curioso comportamento de testar meticulosamente qualquer cadeira antes de se sentar. Embora não tivéssemos acesso à história detalhada de sua primeira infância, em função de suas condições atuais de vida, havia elementos suficientes da condução do caso para supor que ele havia passado pela experiência traumática de não sentir-se sustentado e de ter quebrada a confiabilidade no ambiente num estágio muito inicial. Poderíamos nos perguntar por qual motivo, depois de ter se sentado em inúmeras cadeiras que não despencaram, ele ainda continua sentindo necessidade de testá-las. O fato é que tal experiência traumática não pode ser temporalizada e sua necessidade continua sendo atual. Ele precisa e busca um ambiente confiável.

Este exemplo ajuda a esclarecer o efeito de uma agonia impensável sobre o processo de amadurecimento, a que Winnicott (1955d) se refere como congelamento da situação da falha ambiental. Constitui-se numa parada no tempo no que tange à continuidade dos processos integrativos, com intuito de defender-se de novas possíveis falhas. Este ponto será examinado com profundidade mais adiante neste capítulo, assim como a concepção de que há um bom grau de saúde envolvido nesta estratégia defensiva, já que traz consigo uma esperança inconsciente de que haverá uma nova experiência na qual a situação da falha poderá ser

descongelada e revivida. Esta concepção coloca em debate a idéia da psicose como uma doença.

É importante salientar que, a partir destas formulações, Winnicott concebe um inconsciente que não é da ordem do reprimido da neurose. O inconsciente relativo à (não-) experiência da agonia impensável não é algo a ser revivido ou recordado, é, como dissemos, da ordem do não-acontecido:

Neste contexto especial, o inconsciente quer dizer que a integração do ego não é capaz de abranger algo. O ego é imaturo demais para reunir todos os fenômenos dentro da área de onipotência pessoal. (Winnicott, 1974, p.73)

Tendo exposto os elementos fundamentais que compõem a natureza do trauma em Winnicott, estamos em condições de apresentar a classificação das agonias impensáveis, tal qual o autor propõe. Para tanto, tomamos como base o texto de Dias (1998), que traz uma sistematização destes aspectos e que, de maneira geral, foram tratados por Winnicott com referências ao longo de toda a sua obra. As agonias impensáveis podem ser assim classificadas:

A. Retorno a um estado de não-integração

Havendo um colapso da confiabilidade, o bebê teme que o estado de não-integração seja irremissível. A tendência à integração perde seu sentido de continuidade.

B. Cair para sempre

Agonia relativa à falha do segurar, que é o protótipo do cuidado ambiental no estágio da dependência absoluta. Ao nascer, o bebê encontra-se pela primeira vez submetido aos efeitos da gravidade, e isto pode ser extremamente aflitivo se não houver alguém que possa segurá-lo de modo firme e consistente. Note-se que há um fator temporal envolvido, que se refere ao fato de que, sem este chão ou esta base que é fornecida pelo segurar, não há continuidade possível, de modo que o bebê se vê lançado para fora de um tempo e de um espaço sem os quais se torna impossível experimentar a realidade das coisas.

C. Perda da residência no corpo: cisão psicossomática

Winnicott utilizou a palavra personalização para se referir à capacidade do bebê de juntar psique e soma, como um contraponto ao fenômeno da despersonalização utilizado com frequência pela psiquiatria, que se refere a um sentimento de irrealidade, estranhamento com relação ao próprio corpo e sensação de que ele não diz respeito à própria pessoa.

Esta problemática está relacionada com falhas maternas especialmente no que concerne ao manejo e tem como consequência a incapacidade de integrar impulsos instintuais ao ego. Neste caso, aspectos do funcionamento corporal, não sendo elaborados imaginativamente, permanecem como externos ao si-mesmo.

D. Perda do sentido de real

Refere-se a uma perda muito inicial do sentido de realidade, tanto no que concerne ao si-mesmo, quanto aos objetos subjetivos. Relaciona-se ao ambiente que apresenta o mundo de maneira caótica e que, por isto, não contribui para que o bebê estabeleça um sentido de previsibilidade e de ‘acreditar em...’

E. Perda da capacidade para relacionar-se com objetos

Este ponto inclui tanto a capacidade de relacionar-se mais inicial da primeira mamada teórica, que se relaciona ao item anterior, quanto aquela relativa ao estágio da transicionalidade, que pressupõe a aquisição de um certo grau de sentido de externalidade e de separação da mãe. Neste momento a mãe falha se não falhar. É preciso que ela introduza algum distanciamento, inclusive para que seja possível a experiência de criação própria a este estágio. Por outro lado, o distanciamento muito prolongado pode fazer esmaecer o sentimento de presença da mãe e o objeto transicional perde seu sentido.

F. O completo isolamento devido à ausência de qualquer forma de comunicação

Neste caso, em função de uma total descrença na possibilidade de uma relação pessoal, o indivíduo teme chegar a um estado de isolamento total, onde não há encontro ou comunicação possível, tampouco, um gesto ou esperança.

Outro critério de classificação aparece no texto de 1967 “O conceito de regressão clínica comparado ao de organização defensiva” da seguinte forma:

A. Nenhuma integração conservada: desintegração

B. Alguma integração conservada:

cair para sempre

espalhar-se em todas as direções

perder a residência no corpo: cisão psicossomática

ausência de orientação

perda da relação direta com objetos

C. Integração conservada: meio ambiente imprevisível ao invés de meio previsível

Neste texto, Winnicott refere-se ao critério que utiliza para classificação como o critério “em termos da quantidade de integração que sobrevive à catástrofe” (Winnicott, 1968c, p. 155). Dias (1998), tendo em vista o fato da classificação ser pensada segundo o estágio de amadurecimento que ocorre, propõe que este critério também seja descrito em termos do grau e da qualidade da integração que havia na ocasião da situação traumática.

Nesta classificação, conforme aponta Dias (1998), Winnicott acrescentou duas formas de agonias impensáveis: ausência de orientação e espalhar-se em todas as direções, que segundo a autora podem ser vistas como uma repetição, em outros termos, da agonia de perder a coesão psicossomática.

Outro ponto examinado por Dias (1998) é o fato de Winnicott acrescentar um terceiro tipo de agonia, onde a integração é conservada e o meio se apresenta imprevisível. Este parece ser correspondente ao quinto significado que aparece na classificação geral dos traumas, e que se refere às personalidades esquizóides.

Entretanto, para caracterizar as psicoses não é suficiente, segundo Winnicott, apresentá-la em termos de agonias impensáveis. Uma vez que são impensáveis, sempre estão subjacentes a uma organização defensiva, que é como se apresenta clinicamente a psicose (Winnicott, 1974). Este tema será desenvolvido a seguir.

3. A psicose como organização defensiva

Dissemos que toda vez que o ambiente excede em demasia a capacidade do bebê de experimentar o mundo, ele o expõe a uma agonia impensável, que causa a interrupção de sua continuidade de ser: o bebê passa a ter de reagir contra a falha ambiental e, reagindo, perde a sensação de ser. O que se apresenta clinicamente na psicose é um padrão de vida fundado na reação às intrusões ambientais, ou dito de outro modo, um padrão defensivo de vida, que se distancia daquele núcleo do ser que se relaciona com o potencial criativo e com a tendência à integração. É a partir destes pressupostos que Winnicott desenvolve sua tese central que diz respeito à psicose. Segundo ele, a psicose não é um colapso em si mesmo, mas uma organização defensiva que visa evitar o retorno de uma situação de agonia impensável.

Num artigo escrito em 1954, tratando da questão da regressão no contexto analítico, Winnicott apresenta a concepção de que o bebê, desde que é exposto a falhas ambientais com características das agonias impensáveis, defende-se por meio do congelamento da situação da falha, mecanismo esse que envolve uma esperança inconsciente de que haja uma nova provisão ambiental que lhe forneça a oportunidade de experienciar aquilo que não foi possível

na ocasião da falha. Assim se estabelece a necessidade de uma regressão num contexto em que passe novamente a existir esperança:

A organização que torna a regressão produtiva tem essa característica que a distingue das outras, qual seja, a de trazer dentro de si a esperança por uma nova oportunidade de descongelar a situação congelada, e uma oportunidade também para o ambiente, no caso o ambiente atual, de realizar uma adaptação adequada ainda que tardia. (Winnicott, 1955d, p. 380 e 381)

Neste texto, Winnicott fala claramente da psicose como uma organização defensiva cujo objetivo é proteger o verdadeiro si-mesmo de uma nova intrusão ambiental, mas ainda trabalha com a hipótese de quadros clínicos dominados por um estado caótico de defesas, pelo colapso em si, questões que serão reexaminadas mais adiante em sua obra. No texto de 1959-1964, em que trabalha o tema do colapso das defesas, Winnicott introduz uma nota pós-escrita em que afirma: “O colapso que é temido já aconteceu. O que é reconhecido como a doença do paciente é um sistema de defesas organizadas contra esse colapso já ocorrido” (Winnicott, 1959-1964, p. 127).

Esta concepção aparece mais desenvolvida no texto “O medo do colapso”, de 1963. Neste, a concepção de colapso é reexaminada e Winnicott apresenta o conceito no seu sentido mais profundo, que não mais se reduz ao fracasso da organização defensiva:

Em geral, neste contexto, a palavra pode ser tomada como significando o fracasso de uma organização de defesa. Mas perguntamos de imediato: uma defesa contra o quê? E isto nos conduz ao significado mais profundo do termo, porque precisamos utilizar a palavra “colapso” para descrever o impensável estado de coisas subjacentes à organização defensiva. (Winnicott, 1974, p. 71)

Desta forma, Winnicott aproxima o colapso da experiência da agonia impensável, um estado de coisas que não pode ser abarcado pela experiência pessoal e que, exatamente por isto, exige uma estratégia defensiva. Conforme apresenta em 1965, a loucura é a experiência de uma agonia impensável que, paradoxalmente, não pode acontecer como experiência:

No caso mais simples possível, houve uma fração de segundo em que a ameaça da loucura foi experienciada, mas a ansiedade neste nível é impensável. Sua intensidade acha-se mais além da descrição e novas defesas organizam-se

imediatamente, de maneira que a loucura, de fato, não foi experienciada. Por outro lado, ela foi potencialmente um fato. (Winnicott, 1989vk, p. 100)

É neste sentido que Winnicott afirma que assim se estabelece uma “inversão do processo de amadurecimento do indivíduo” (Winnicott, 1974, p. 71). Em vez de o indivíduo estar sustentado pelo ambiente, no que diz respeito às suas distintas necessidades ao longo do tempo, o que opera é um fator extemporâneo, impossibilitado de integração no nível de uma experiência pessoal capaz de temporalização. Diz Winnicott: “Parece improvável que exista uma loucura que pertença ao presente” (Winnicott, 1989vk, p. 96), o que indica que esta é uma experiência da ordem do não delimitável em termos temporais. Tendo sido marcado por uma vivência desta natureza, como dissemos, há o estabelecimento de um padrão de vida fundado defensivamente, que envolve o indivíduo numa condição em que as experiências não dizem respeito ao si-mesmo, em que o mundo é sentido como irreal, em que não há lugar para a espontaneidade, restando apenas um sentimento de futilidade.

A defesa, portanto, interrompe a continuidade do ser que funda o amadurecimento. Ela consiste numa cisão (*splitting*) do si-mesmo em contraposição aos vários processos integrativos que constituem a continuidade do ser. Em texto de 1952, Winnicott descreve o processo de cisão como uma organização que visa proteger o si-mesmo verdadeiro, isolando-o do contato com o ambiente e construindo um falso si-mesmo que se mantém em contato com o ambiente, mas funcionando na base da submissão. Tendo interrompido o contato verdadeiro com o mundo, o amadurecimento fica paralisado.

A cisão ou *splitting* se diferencia do mecanismo de dissociação já que este último presume a possibilidade de comunicação com o si-mesmo verdadeiro, apesar da existência de frações do eu não integradas. Como aponta Dias (1998), cisões e dissociações se diferenciam sobretudo “em termos de graus de desconexão entre o si-mesmo escondido e os vários compartimentos, ou no sentido de quanto o si-mesmo central foi preservado do *splitting*” (Dias, 1998, p. 292 e 293). Cisão é, portanto, o termo utilizado por Winnicott para descrever aqueles processos defensivos cuja problemática subjacente é da ordem da psicose, e assim sendo, remonta a importantes aspectos teóricos relativos aos estados iniciais comuns a todo ser humano.

Segundo Winnicott (1988) o ser humano possui, na raiz, um problema filosófico que consiste na conquista da separação e na manutenção da inter-relação entre o mundo subjetivo e o mundo objetivamente percebido. Aqui, como discutimos no Capítulo 1, a ilusão e o potencial criativo cumprem sua função primordial que é a de manutenção da sensação pessoal

da realidade da experiência e o do objeto. Ainda que, tendo sido completadas algumas etapas do amadurecimento, o indivíduo seja capaz de compreender intelectualmente que a existência do mundo é anterior à sua própria, esta sensação de conexão com o mundo, na saúde, nunca desaparece. No entanto, como ponto de origem, há sempre uma cisão essencial sob a qual se assenta o processo de amadurecimento:

A cisão é um estado essencial em todo ser humano, mas não é necessário que ele se torne significativo se a camada protetora da ilusão se tornou possível pelo cuidado materno. (Winnicott, 1988, p. 158)

Desta forma, a cisão não pode ser entendida como um estado patológico em si-mesmo. Na saúde, como dissemos, ela fundamenta todo o processo de amadurecimento. Aquilo que pode ser reconhecido como uma entidade patológica é sempre uma organização defensiva que remonta ao momento do amadurecimento cuja falha ambiental tornou-se significativa na vida do indivíduo. Sob este aspecto, a psicose mantém-se sempre em contato com os processos mais fundamentais da existência humana, indicando uma relação estreita com a saúde, ainda que possa também ser reconhecida como entidade patológica. Discutiremos o tema a seguir.

4. Psicose: reconsideração em termos de saúde e doença

Uma primeira leitura do texto de Winnicott alude à idéia de que a saúde está relacionada com o quanto mais longe se conseguiu chegar ao longo da linha do amadurecimento. Em 1967, Winnicott afirma que, em termos de desenvolvimento, a saúde é uma maturidade relativa à idade do indivíduo. No entanto, o desenvolvimento saudável está sempre apoiado numa atitude ambiental adequada ao momento do amadurecimento, uma vez que o caminho rumo à independência nunca se finda. E, no que se refere ao início do amadurecimento, onde ainda não há uma distinção entre o indivíduo e o ambiente, a saúde, assim como a doença, não podem ser descritas em termos apenas individuais. Neste sentido, afirma Winnicott (1963c):

(...) os distúrbios mentais não são doenças; são conciliações entre a imaturidade do indivíduo e as reações sociais reais, tanto apoiadoras como retaliadoras. Nesse sentido, o quadro clínico das pessoas mentalmente doentes varia de acordo com a atitude ambiental, mesmo quando a doença no paciente parece fundamentalmente inalterada (...). (Winnicott, 1963c, p. 200 e 201)

Este tipo específico de relação com o ambiente característico das fases iniciais problematiza, portanto, a idéia da psicose como doença individual. Aquilo que se apresenta como doença no indivíduo é então o resultado de uma doença ambiental, contra a qual o indivíduo teve de reagir. O fato de defender-se de uma invasão ambiental acarreta no viver assentado numa rigidez, contrário à vida criativa característica da saúde. Mas, paradoxalmente, a defesa contempla um elemento de saúde, já que visa a proteção do núcleo do verdadeiro si-mesmo. Em 1954, Winnicott apresenta a idéia de que o indivíduo se defende de falhas ambientais por meio do congelamento da situação da falha, o que provoca uma parada do amadurecimento ao mesmo tempo em que comporta a esperança inconsciente de uma nova provisão, a partir da qual o amadurecimento possa retomar seu curso:

É preciso incluir na teoria do desenvolvimento de um ser humano a idéia de que é normal e saudável que o indivíduo seja capaz de defender o eu contra falhas ambientais específicas através do congelamento da situação da falha. Ao mesmo tempo há a concepção inconsciente (que pode transformar-se numa esperança consciente) de que em algum momento futuro haverá oportunidade para uma nova experiência, na qual a situação da falha poderá ser descongelada e revivida, com o indivíduo num estado de regressão dentro de um ambiente capaz de prover a adaptação adequada. (Winnicott, 1955d, p. 378)

Neste texto e em outros subsequentes (Winnicott, 1965h; 1963c; 1989vk; 1968c; 1971f), Winnicott desenvolve a formulação de que o colapso e a regressão podem ser parte de um processo de cura. Para tanto distingue dois tipos de regressão: aquela decorrente de algum tipo de tensão ou exigência ambiental insuportáveis e a regressão decorrente de uma nova provisão ambiental, a partir da qual o indivíduo vê-se esperançoso de uma retomada no amadurecimento (Winnicott, 1968c):

Isto me levou a ver que a enfermidade do paciente constitui uma expressão dos elementos sadios em sua personalidade, quando se relaciona a regressão com provisão ambiental. (Winnicott, 1968c, p. 154)

Tais formulações permitem outro olhar sobre a psicose, a partir do qual não se pode constatar que pacientes mais regredidos estejam mais doentes (Winnicott, 1955d). Esta perspectiva revela a necessidade de um olhar cuidadoso para as condições ambientais nas

quais se desenvolve um estado regressivo, uma vez que, sob certas condições, “o colapso não é tanto uma enfermidade quanto um primeiro passo no sentido da saúde” (Winnicott, 1989vk, p. 99).

A razão pela qual, nestas condições, o colapso e a regressão são vinculados à saúde, reside no fato de que há um novo envolvimento com o ambiente, único modo pelo qual o ser humano pode seguir sendo, em oposição a reagindo. Há, portanto, uma retomada da dependência que, em todos os casos, é o que assenta a continuidade de ser:

A maturidade individual implica movimento em direção à independência, mas não existe essa coisa chamada “independência”. Seria nocivo para a saúde o fato de um indivíduo ficar isolado a ponto de se sentir independente e invulnerável. Se essa pessoa está viva, sem dúvida há dependência! (Winnicott, 1971f, p. 3)

A regressão à qual Winnicott se refere é, portanto, uma regressão à dependência⁴, de tal forma esta se configura como “(...) uma oportunidade também para o ambiente, no caso o ambiente atual, de realizar uma adaptação adequada ainda que tardia” (Winnicott, 1955d, p. 380 e 381).

Neste sentido, pode-se dizer que a psicose mantém um vínculo com os processos iniciais de estabelecimento da personalidade, necessariamente relacionados à dependência do ambiente, justamente porque estes continuam se configurando como uma necessidade premente no indivíduo. Como afirma Winnicott (1955d), a psicose permite recuperação espontânea, o que significa que as falhas ambientais podem ser corrigidas pelos “muitos fenômenos curativos da vida cotidiana” (Winnicott, 1955d, p. 381). Em 1963, diz ele: “(...) a loucura se relaciona com a vida comum” (Winnicott, 1963c, p. 198), o que lhe confere um elo maior com a saúde do que, por exemplo, no caso das neuroses, para as quais o psicanalista é realmente necessário.

As neuroses envolvem repressão e inconsciente reprimido, cujo acesso é, classicamente, tarefa do psicanalista. Segundo Winnicott (1963c), este é um aspecto especial do inconsciente onde se guarda, à custa de um alto preço, conteúdos intoleráveis que estão além da

⁴ Tradicionalmente na psicanálise a regressão é relativa a pontos de fixação e, via de regra, está associada ao adocimento. Esta idéia deriva da compreensão do psiquismo a partir de um jogo de forças pulsionais, cuja análise recai sobre a vida instintual. Winnicott considera este tipo de análise insatisfatória para uma classificação de saúde e doença, em especial no que tange às psicoses. Segundo ele, tal avaliação deve recair sobre a condição de ser do indivíduo, que abrange todos os estágios pré-verbais e pré-genitais do desenvolvimento, em que ainda não há sentido algum em se conceber uma vida instintual. (Winnicott, 1967).

capacidade do indivíduo de absorver como parte de si-mesmo e de sua experiência pessoal. Tais conteúdos estão relacionados a conflitos decorrentes de relacionamentos interpessoais, e, para tanto, são necessárias organizações defensivas de uma condição de rigidez que é o que propriamente define a neurose. A psicose, por outro lado, pode conservar certo grau de fluidez com relação à vida, e esta característica permite uma nova configuração dos determinantes para uma classificação de saúde e doença. Neste ponto, Winnicott utiliza como critério para delimitar saúde e doença o grau de rigidez contido nas organizações defensivas:

Surge a questão: o que é normalidade? Bem, podemos dizer que, na saúde, o indivíduo foi capaz de organizar defesas contra conflitos intoleráveis da realidade psíquica pessoal, mas em contraste com a pessoa doente de psicose, a pessoa sadia é relativamente livre da repressão maciça e da inibição do instinto. Na saúde, também, o indivíduo pode empregar todo tipo de defesas e mudar de uma para outra, e, na realidade, não apresenta aquela rigidez de organização defensiva que caracteriza a pessoa enferma. (Winnicott, 1989vl, p. 58)

Por esta razão, afirma mais adiante:

(...) clinicamente, o indivíduo realmente sadio está mais próximo da depressão e da loucura que da psicose. A psicose é entediante. É um alívio concedido por um senso de humor, e conseguir, por assim dizer, flertar com as psicoses. (Winnicott, 1989vl, p. 58)

Entretanto, não é somente nas neuroses que a rigidez das defesas é uma característica marcante. Esta também pode ser uma qualidade das psicoses. Como aponta Winnicott (1971f), há pessoas que passam a vida defendendo-se de sua própria necessidade de ter um colapso, por meio da organização de um falso si-mesmo que se adapta submissamente ao ambiente, mantendo isolado do contato o verdadeiro si-mesmo. Estes são os casos que Winnicott denomina de fuga para a sanidade, cuja característica essencial é a de negação da doença. São pessoas que se incluem facilmente no mundo social, embora paguem por isto o alto preço de não se sentirem reais. Este estado de coisas não pode ser definido como saúde, uma vez que “(...) a saúde não está associada à negação de coisa alguma” (Winnicott, 1971f, p. 19). O autor afirma:

A saúde é tolerante com a doença; na verdade, a saúde tem muito a ganhar quando se mantém em contato com a doença em todos os seus aspectos, especialmente com aquela doença denominada esquizóide, e com a dependência. (Winnicott, 1971f, p. 15 e 16)

Tomando como base as seguintes formulações, Winnicott (1971f) propõe que, de uma forma bastante ampla, o universo de pessoas pode ser dividido em duas classes: aquelas que não tiveram uma experiência significativa de agonia impensável e que, portanto, são candidatas a viver a vida de modo pessoal e proveitoso, e aquelas que sofreram experiências traumáticas na primeira infância e que por isto carregam consigo a semente da doença. Dentre estas últimas, no entanto, existem aquelas que organizam rigidamente defesas que impedem qualquer movimento na direção do amadurecimento e aquelas que, embora utilizem defesas contra a experiência da agonia impensável, “vão utilizar qualquer oportunidade que se apresente para adoecer e ter um colapso a fim de se aproximar daquilo que é terrível – e por isso impensável” (Winnicott, 1971f, p. 15). São estas que poderão ter uma nova oportunidade de retomada do amadurecimento e portanto guardam uma relação com a saúde:

Precisamos decidir se vamos restringir o significado da palavra “saúde” àqueles que são saudáveis desde o início, ou estendê-lo àqueles que carregam a semente da doença e mesmo assim conseguem “vencer”, no sentido de alcançar, no final, um estado de saúde que não vem fácil ou naturalmente. Sinto que precisamos incluir esta última categoria. (Winnicott, 1971f, p. 14)

Aqui, como aponta Dias (1998), dois aspectos devem ser mencionados no que diz respeito ao alargamento do conceito de saúde tal qual propõe o autor. Em primeiro lugar, o fato de que em Winnicott as patologias ditas psicóticas não se restringem aos quadros clínicos descritos como do tipo esquizofrênico, mas abrangem “todas as ‘subcorrentes psicóticas’, momentâneas ou temporárias, assim como os inúmeros episódios esquizóides que surgem e perturbam o fluxo regular e uniforme da vida das pessoas que podem perfeitamente se encaixar no rótulo de normais, saudáveis, maduros” (Dias, 1998, p. 301). Tal configuração deriva da compreensão da enfermidade como um padrão de conciliação entre o indivíduo e o ambiente, de tal forma que não se pode atribuir uma demarcação nítida entre diferentes patologias, sendo comum encontrar num mesmo indivíduo alternâncias de distintos quadros clínicos, pois as “doenças mentais não são como tísica, febre reumática ou escorbuto. São

padrões de conciliação entre êxito e fracasso no desenvolvimento emocional do indivíduo” (Winnicott, 1963c, p. 200).

O segundo ponto, associado ao primeiro, que determina o alargamento do conceito de saúde na teoria winnicottiana diz respeito ao fato de que o que verdadeiramente importa é a riqueza da personalidade e não apenas a saúde em termos de ausência de doença e de saber haver-se com as exigências da vida. A saúde relaciona-se, sobretudo, com a vida criativa e com a vida cultural, cujo acesso pode ser mais facilitado ao psicótico, uma vez que se mantém em contato com os processos primitivos do ser. Deste modo, segundo o autor, a sanidade sozinha, pode ser um tanto empobrecida:

(...) o artista tem a habilidade e a coragem de estar em contato com os processos primitivos aos quais o neurótico não tolera chegar, e que as pessoas sadias podem deixar passar para o seu próprio empobrecimento. (Winnicott, 1965h, p. 121)

Nestes termos, o conceito de saúde está também associado ao enriquecimento do mundo social por meio da cultura:

Portanto, perguntamo-nos: qual a amplitude do espectro de pessoas – que conseguem vencer apesar daquilo que carregam consigo (genes, desapontamentos precoces e experiências infelizes) – que devemos incluir entre os saudáveis? Temos que levar em conta o fato de que nesse grupo há muitas pessoas cujo desconforto e cuja ansiedade os impelem a realizações excepcionais. Pode ser que o convívio com elas se revele muito difícil, contudo elas impulsionam o mundo em alguma área da ciência, da arte, da filosofia, da religião ou da cultura. (Winnicott, 1971f, p. 16)

Tendo explicitado a complexidade que se apresenta numa distinção entre saúde e doença a partir da leitura de Winnicott, estamos em condições de apresentar uma possível classificação em termos psicopatológicos, sem que elas sejam tomadas como categorias estanques.

5. Sobre a classificação diagnóstica em Winnicott

Tendo em vista que os estados que podem ser classificados como doença, para Winnicott são distorções da precariedade inerente à condição humana, o autor não utiliza critérios que definam rigidamente distinções entre quadros clínicos patológicos e nem entre

estes e os estados que podem ser classificados como saudáveis. Na prática, diz Winnicott (1963c), é comum haver alternâncias entre estados clínicos no mesmo indivíduo ao longo do tempo:

(...) muitas vezes ocorre, por exemplo, de um obsessivo tornar-se deprimido ou confuso, voltando em seguida à sua obsessão. Nesse caso, as defesas psiconeuróticas transformam-se em psicóticas e depois novamente em psiconeuróticas. Vê-se também esquizofrênicos tornando-se deprimidos. (Winnicott, 1965l, p. 89 e 90)

Uma proposta de classificação em termos psicopatológicos a partir da leitura de Winnicott deve abarcar necessariamente a idéia de que o ser humano vai amadurecendo ao longo do tempo em íntima relação com a atitude ambiental. Uma classificação não pode divorciar o sujeito “dos problemas do viver usual e das proposições universais do desenvolvimento individual em determinado ambiente” (Winnicott, 1988, p. 97). Coloca-se, desta forma, necessariamente contrária a idéia de doença como entidades nosológicas, tal qual o faz a psiquiatria clássica:

(...) o psicanalista está certo ao se colocar no lado oposto ao do pólo daquele tipo de psiquiatra que pensa que há uma doença, a esquizofrenia, e outra doença, psicose maníaco-depressiva, e assim por diante. (Winnicott, 1965h, p. 120 e 121)

Entretanto, uma certa classificação em termos da especificidade do distúrbio que se apresenta se faz necessária tanto para a compreensão dos fenômenos, quanto para a orientação de um tratamento de acordo às necessidades de cada indivíduo. (Winnicott, 1965h). A este respeito afirma Dias (1998):

(...) Winnicott sabe muito bem que uma classificação deixará sempre a desejar e deve servir, apenas, para a orientação básica. Apesar de todos os esforços, acabaremos sempre por descobrir que é preciso desenvolver uma nova classificação. À medida que as implicações da teoria do amadurecimento humano forem sendo desenvolvidas, novas e mais refinadas classificações podem vir a surgir. O importante mesmo é a existência da teoria do amadurecimento que fornece a base para tais classificações. (Dias, 1998, p. 216)

A consideração de um dado distúrbio, portanto, deve perpassar todo o processo de amadurecimento do indivíduo, o que abarca o estudo da atitude ambiental, ainda que se trate de um caso de neurose, pois a resolução dos estágios anteriores interfere na resolução dos estados posteriores. Cada estágio do amadurecimento possui necessidades e tarefas distintas, e é sob estas particularidades que se assenta uma possível classificação.

Neste sentido, a primeira e mais genérica classificação apontada por Winnicott é a distinção entre neuroses e psicoses. Segundo Winnicott (1989vl), em termos de amadurecimento, o neurótico foi capaz de conquistas que o psicótico não pode alcançar. Quando falamos em neurose, damos por suposto a existência do indivíduo como uma pessoa total, cujo alojamento da psique no corpo e a capacidade de se relacionar com objetos totais dentro de uma realidade compartilhada foram bem estabelecidos. São estes processos que edificam a estrutura da personalidade que, de outra forma, não tiveram êxito na psicose.

A neurose, portanto, diz respeito ao adoecimento numa etapa do amadurecimento em que o indivíduo está às voltas com sua própria vida instintiva e com os relacionamentos interpessoais, tarefas características do estágio do complexo de Édipo. Os conflitos aqui podem ser descritos em termos de castração e a ansiedade relativa a eles leva à organização de defesas cujo modelo é o da repressão. A neurose envolve o inconsciente reprimido, um aspecto especial do inconsciente, que pode ser descrito como “um cofre em que se guarda (a um grande custo, em termos de economia mental) o que é intolerável e está além da capacidade do indivíduo de absorver como parte de seu eu e de sua experiência pessoal” (Winnicott, 1963c, p. 197).

O adoecimento no sentido da neurose está relacionado com o grau de rigidez das defesas empregadas, portanto, com aspectos da personalidade do indivíduo que não se encontram liberados para o uso em termos de experiência pessoal. O modo como as defesas se erigem e se tornam fixas depende, em grande extensão, de toda a história do indivíduo anterior ao estágio das relações triangulares entre pessoas totais. Para Winnicott, a compreensão da neurose também envolve a consideração da atitude ambiental ao longo do amadurecimento, ainda que esta possa ser descrita como uma doença do indivíduo, tendo em vista que já foi alcançada uma separação consistente do ambiente. Diz Winnicott (1989vl, p. 54): “(...) estes indivíduos acham-se agora em posição de terem suas próprias dificuldades”. Assim, o que está em jogo na neurose são aspectos da personalidade do indivíduo que se acham indisponíveis, mas a estrutura da personalidade como um todo encontra-se de posse do indivíduo, o que, de outro modo, não se estabeleceu na psicose. Esta, portanto, remete a toda

questão da dependência nos estágios mais precoces, onde a atitude ambiental é parte vital do indivíduo e a doença não pode ser descrita sem sua minuciosa consideração.

Entretanto, antes que nos dediquemos à classificação no que tange mais especificamente ao campo das psicoses, que é parte do interesse deste trabalho, é preciso citar todo o território das depressões, que se encontram etiologicamente entre neuroses e psicoses na linha do amadurecimento. Vale citar que esta distinção entre neuroses, depressões e psicoses é uma classificação que aparece com frequência na obra de Winnicott. (Winnicott, 1955d, 1989v1, 1963c).

A depressão pode ser localizada num instante do amadurecimento em que a personalidade estabelecida apenas começou a se tornar um fato, de tal forma que o indivíduo se encontra às voltas com a aquisição do status de unidade e, portanto, com a junção do amor e do ódio e o reconhecimento incipiente da dependência. Trata-se de tarefas específicas do estágio do concernimento (Winnicott, 1955d). O processo de adoecer, nesta etapa, pode variar do quase neurótico ao quase psicótico. Segundo Dias (1998, p. 221), “neuroses e psicoses podem ser graficamente concebidas como extremos, porém, elas não fazem fronteira”, de modo que este território intermediário, que se define pela palavra depressão, adquire variedades clínicas em termos de distúrbios, além de também dizer respeito a um aspecto da normalidade. A capacidade de se deprimir está relacionada ao senso de responsabilidade, de preocupação, de moralidade, e à capacidade de sentir culpa, uma vez que, tendo conquistado ainda que parcialmente o status de unidade, existem condições para responsabilizar-se e sentir culpa pelos resultados da vida instintual.

Na depressão estão em jogo as tendências a destruir e a construir que coexistem na natureza humana, e sua integração, que resulta no exercício da ambivalência, faz parte da normalidade. O processo de luto, relacionado às depressões reativas, fornece um bom exemplo da depressão relacionada à normalidade:

Quando alguém amado morre, o processo de luto faz parte da resolução, dentro do indivíduo, do sentimento de responsabilidade pessoal pela morte, por causa das idéias destrutivas e impulsos que acompanham o amar. (Winnicott, 1963c, p. 199)

Este padrão também está associado ao campo em que a depressão faz fronteira com a neurose, com a diferença que, neste caso, envolve “(...) um grau maior de repressão e o processo se efetua em um nível que é mais inconsciente (no sentido de ser reprimido) do que no luto” (Winnicott, 1963c, p.199). No outro extremo, entretanto, estão os quadros que

podem ser descritos como depressão esquizóide, psicose maníaco-depressiva e melancolia, relacionados ao campo da psicose, uma vez que etiologicamente são vizinhos a ela. A depressão, neste como nos outros casos, também está associada à perda, mas aqui a perda é de uma espécie mais obscura e abarca não só o objeto como partes do si-mesmo:

Por exemplo, a perda pode ser de certos aspectos da boca, que desaparece do ponto de vista do lactente junto com a mãe e o seio, quando há uma separação numa data anterior àquela na qual o lactente alcançou um estágio do desenvolvimento emocional que propiciaria a ele o equipamento para lidar com a perda. A mesma perda da mãe alguns meses mais tarde poderia ser uma perda de objeto sem este elemento adicional da perda da parte do sujeito. (Winnicott, 1963c, p. 200)

Por esta razão, nestes quadros podem surgir despersonalização e sentimentos de irrealidade, que se assemelham muito aos quadros tipicamente psicóticos que descreveremos a seguir.

Antes disto é preciso citar uma problemática que etiologicamente também se encontra entre as neuroses e as psicoses, mas que não pode ser descrita propriamente como um diagnóstico tal qual neuroses, depressões e psicoses. Trata-se da tendência anti-social que, embora não possa ser colocada ao lado destas outras classes diagnósticas, merece uma classificação específica, pois possui sua própria etiologia e sintomatologia que necessita de atenção diferenciada. A tendência anti-social, no entanto, convive com estes diagnósticos de base e também, em certa medida, com personalidades normais do ponto de vista da estruturação do eu (Winnicott, 1989v1).

A etiologia do distúrbio reside na perda abrupta de um ambiente que vinha sendo suficientemente bom num dado momento do amadurecimento do indivíduo em que a perda pode ser reconhecida como uma falha ambiental (*deprivation*):

Quando existe uma tendência anti-social, houve um verdadeiro desapossamento (não uma simples carência); quer dizer, houve perda de algo bom que foi positivo na experiência da criança até uma certa data, e que foi retirado; a retirada estendeu-se por um período maior do que aquele em que a criança pode ter viva a lembrança da experiência. (Winnicott, 1958c, p. 139 e 140)

Desta forma, o indivíduo passa a reivindicar do ambiente aquilo que foi perdido, por meio de comportamentos agressivos e do roubo, sendo o extremo deste distúrbio

caracterizado pelos quadros classificados de delinquência e psicopatia. Há nestes comportamentos um elemento de esperança, uma tentativa de recuperar aquilo que lhe é sentido como de direito próprio, já que a criação do ambiente é uma criação do indivíduo e que a falha ocorre no momento em que o ambiente é percebido como externo, mas ainda se encontra na condição de posse do indivíduo, um tipo de acesso à realidade característico do estágio da transicionalidade.

Por tudo isto, a tendência anti-social é um distúrbio que provoca reações ambientais. Diz Winnicott: “os distúrbios de caráter, de algum modo e em certo grau, envolvem ativamente a sociedade” (Winnicott, 1965ve, p. 277). Neste sentido, é o próprio elemento anti-social que determina o envolvimento do ambiente como um fator etiológico, mesmo numa estruturação neurótica da personalidade.

Neste ponto, coloca-se em jogo a forma como o indivíduo será capaz ou não de acomodar uma falha desta natureza na estruturação total da personalidade. No caso da neurose e da depressão existe um êxito por parte do indivíduo em esconder o elemento da doença no âmbito da personalidade como um todo:

(...) o êxito significa que a personalidade, embora debilitada, tornou-se capaz de socializar a distorção de caráter para descobrir ganhos secundários ou se ajustar a um costume social. (Winnicott, 1965ve, p. 277)

A diferença entre a neurose e a depressão reside no fato de que esta última ainda conta com o adicional de ter ocorrido a falha num momento em que o indivíduo estava às voltas com a elaboração de sua destrutividade interna. Neste caso, como aponta Dias (1998, p. 227): “os problemas se acoplam, mas têm naturezas diferentes”. No entanto, há casos em que a falha acarreta complicações maiores à estruturação da personalidade, havendo um fracasso na tentativa de acomodação desta no âmbito total da personalidade:

O fracasso, neste caso, significa que o enfraquecimento da personalidade acarreta a incapacidade de estabelecer uma relação com a sociedade como um todo, em virtude do elemento oculto da doença. (Winnicott, 1965ve, p. 277 e 278)

Assim se caracteriza o distúrbio da tendência anti-social que tem como base o adoecimento no sentido da psicose. Passaremos agora à classificação no que tange especificamente ao campo das psicoses, que é o foco deste trabalho.

5.1. Classificação geral das psicoses: depressões psicóticas e psicoses esquizofrênicas

Como dissemos, as psicoses, de maneira geral, estão associadas aos estágios mais precoces do amadurecimento, anteriores à integração em termos de uma pessoa total. No entanto, entre o início do processo de amadurecimento e a aquisição do status de unidade, existem distintas tarefas, cujo fracasso pode resultar em diferentes distúrbios, todos eles pertencentes ao campo das psicoses.

Winnicott apresenta a seguinte classificação:

- a) esquizofrenia plenamente desenvolvida
- b) esquizofrenia infantil (autismo)
- c) as enfermidades que estão dentro do território da esquizofrenia - *borderlines* e esquizóides
- d) psicose maníaco-depressiva
- e) depressão psicótica
- f) paranóia - perseguição vinda de dentro (hipocondria)
- perseguição vinda de fora (defesa paranóide)

Desta classificação, esquizofrenia plenamente desenvolvida, esquizofrenia infantil (autismo), *borderlines* e esquizóides constituem o campo das psicoses esquizofrênicas. No campo das depressões psicóticas encontram-se a psicose maníaco-depressiva e a depressão psicótica, sendo que a paranóia pode ser descrita, como veremos, como uma complicação dos distúrbios tanto no âmbito das psicoses esquizofrênicas quanto das depressões psicóticas (Winnicott, 1963c).

A distinção entre os dois campos se refere ao momento em que houve a interrupção no processo de amadurecimento. As psicoses esquizofrênicas são relativas ao fracasso no período entre o início do amadurecimento e o final do estágio do uso do objeto. Aqui estão em jogo o início mesmo da estruturação da personalidade, e a gravidade do distúrbio depende do quanto mais cedo se deu a interrupção. Por outro lado, as depressões psicóticas são relativas ao estágio do concernimento, momento em que o indivíduo já alcançou a integração em uma unidade e, desta forma, na ocasião da falha, encontrava-se às voltas com a elaboração dos elementos destrutivos da vida instintual e por consequência com a ambivalência contida na natureza humana. Nestas últimas, a problemática abarca, portanto, um caráter instintual.

Uma complicação adicional destes distúrbios é o desenvolvimento de um potencial paranóide. Este está relacionado com dificuldades que podem acontecer nos vários momentos integrativos ao longo do amadurecimento, podendo ocorrer desde a primeiríssima infância (Winnicott, 1989vl), quando a integração é ainda parcial, mas, sobretudo, no estágio do concernimento, quando a integração ganha contornos mais nítidos. A reunião num eu implica o repúdio a todos os aspectos não-eu da realidade, e esta conquista gera um tipo de ansiedade específica que pode ser caracterizado como uma expectativa de perseguição (Winnicott, 1965n):

Se eu sou, então o caso é que consegui agrupar isto e aquilo e reivindiquei que isto sou eu, e que repudiei todo o resto; ao repudiar o não eu, insultei o mundo, por assim dizer, e posso aguardar um ataque. (Winnicott, 1984h, p. 43)

Na saúde, a expectativa de perseguição é neutralizada pela presença de um ambiente que promova sustentação. Entretanto, falhas ambientais neste momento fazem com que o indivíduo estabeleça um potencial paranóide.

Na obra de Winnicott e especialmente no que se refere às classificações e descrições dos distúrbios, como bem observa Dias (1998), a ênfase recai sobre as complicações psicóticas do tipo esquizofrênico, que revelam dificuldades que são, em última instância, fundamentalmente humanas. As psicoses esquizofrênicas têm como problema central o estabelecimento do si-mesmo unitário e da relação com a realidade externa, tarefas que são o fundamento do viver humano e que jamais serão concluídas mesmo na saúde:

(...) ainda temos de enfrentar a questão de saber sobre o que versa a vida. Nossos pacientes psicóticos nos forçam a conceder atenção a essa espécie de problema básico. (Winnicott, 1967b, p. 137)

Segundo Winnicott (1945d), a análise de psicóticos esquizofrênicos é um dos principais meios pelos quais se pode ter acesso às bases da natureza humana, que se revelam problemáticas relativas a aspectos do amadurecimento que, em geral, tendemos a considerar como óbvios. Na saúde, temos como dados a percepção do tempo, a localização do eu no corpo e o acesso à realidade compartilhada. Mas, como Winnicott afirma em 1945, a clínica de pacientes psicóticos apresenta distorções que dizem respeito a estas funções básicas do viver.

Uma das pacientes de Winnicott não conseguia adaptar-se a uma rotina porque, se o fizesse, jamais saberia se uma terça-feira estava na semana passada, nesta semana ou na semana que vem. Outra paciente enxergava através dos olhos como se fossem janelas e, por consequência, vivia caindo em buracos e tropeçando nas coisas, já que não tinha “olhos nos pés”. O corpo, desta forma, era vivido como uma máquina complexa que ela devia operar com habilidade e cuidados conscientes (Winnicott, 1945d, p. 223).

Exemplos como estes são fartos no trabalho clínico com psicóticos, assim como distorções de todo tipo do contato com a realidade. Diz Winnicott: “quando aceitamos analisar psicóticos, descobrimos que em alguns casos essa falta essencial de uma verdadeira relação com o mundo externo é quase a história toda” (Winnicott, 1945d, p. 227). O fracasso dos contatos iniciais, que requereria a vivência da ilusão de onipotência e a desilusão gradual, tem como consequência o fato do indivíduo se relacionar apenas com um mundo subjetivo e malograr em se relacionar com qualquer objeto de fora do si-mesmo. O amadurecimento, neste caso, não pode seguir seu curso pelo próprio fato de que a criatividade do indivíduo fica suprimida em razão da falta de contato. Nestes casos:

A onipotência é assegurada através de delírios. O paciente se retrai, fica fora de contato, estupidificado, isolado, irreal, surdo, inacessível, invulnerável, e assim por diante. (Winnicott, 1971f, p. 13)

Na psicose, portanto, ao não se estabelecerem as bases da personalidade, ficam inviabilizadas, por assim dizer, as bases do viver no campo das relações inter-humanas. O psicótico vive uma luta por se inserir no campo do viver e, paradoxalmente, em função da natureza do distúrbio que inclui a atitude ambiental, defende-se do próprio viver. Aqui enfatizamos uma classificação relativa ao momento do amadurecimento em que houve falhas ambientais. Outro modo de fazê-la, como veremos a seguir, é de acordo com as estratégias defensivas empregadas neste contexto.

5.2. Classificação em termos de organização defensiva

A classificação em termos de distorção ambiental, que resulta em distorções na organização do ego, é um tema desenvolvido desde os primeiros textos de Winnicott. Obviamente, aí também está incluído o tema das organizações defensivas, uma vez que a falha ambiental provoca uma reação do indivíduo que é uma oposição a sua continuidade de ser. Por este motivo, a classificação em termos de organização defensiva não anula a

classificação em termos das falhas ambientais, ao contrário, são complementares. O fato é que a classificação em termos de organização defensiva toma contornos mais nítidos mais tardiamente na obra de Winnicott, tendo em vista que a teoria das psicoses vai avançando em decorrência da evolução da teoria do amadurecimento. O texto “O medo do colapso”, de 1963, é um marco do desenvolvimento teórico no que concerne às psicoses, e é nele que aparece de modo mais consistente a elaboração, que já vinha sendo construída anos antes, de que as psicoses são sempre uma organização defensiva contra a falha ambiental. Neste aspecto, é por volta desta época que a classificação passa a ser feita, além de baseada no momento do amadurecimento em que houve a falha ambiental, considerando mais decisivamente a estratégia defensiva específica utilizada para lidar com ela.

Em 1961, Winnicott afirma:

É possível classificar as doenças em termos de colapso ambiental. É mais interessante, no entanto, estudá-las em termos da organização de defesas no indivíduo. Cada linha de abordagem nos ensina a respeito da vida de pessoas comuns: uma nos ensina a respeito da sociedade; outra, sobre as tensões humanas pessoais, que são preocupação de filósofos, de artistas e da religião. (Winnicott, 1986k, p. XVI)

Nesta afirmação está implícita a idéia de que “(...) a defesa que o indivíduo utiliza contra a ansiedade intolerável é sempre fornecida pelo ambiente” (Winnicott, 1986k, p. XVI), apontando para o fato de que o diagnóstico deve contemplar os dois aspectos, diferenciando-o, portanto, de uma classificação feita somente em termos das defesas, tendo como base apenas a sintomatologia.

Apresentaremos aqui, seguindo as proposições de Dias (1998), os quatro tipos de defesa que podem ser descritos como defesas primárias, que se apresentam em diferentes graus e combinações nos quadros psicóticos. A autora toma como apoio teórico o texto “A integração do ego no desenvolvimento da criança”, de 1962, onde Winnicott descreve os principais tipos de distúrbio esquizofrênico, sem explicitar ainda seu caráter de organização defensiva:

1. Esquizofrenia infantil ou autismo
2. Esquizofrenia latente
3. Defesa do tipo falso si-mesmo
4. Personalidade esquizóide

Desta classificação derivam os quatro tipos de defesa primária, que são constitutivas da psicose (Dias, 1998, p. 308):

1. o que é característico da esquizofrenia infantil ou autismo e que consiste na busca da invulnerabilidade
2. o que consiste numa cisão das funções intelectuais (*splitt-off intellect*) em relação ao psicossoma
3. o que é relativo a uma cisão exacerbada entre falso e verdadeiro si-mesmo
4. o que consiste numa tendência à autodesorganização ou autotraumatismo e que, segundo Winnicott, é próprio das personalidades esquizóides ou de fenômenos esquizóides.

A defesa por invulnerabilidade, que é característica dos quadros da esquizofrenia infantil ou autismo, é o protótipo de todas as outras defesas psicóticas, na medida em que é o extremo de uma organização que visa uma garantia contra a recorrência da agonia impensável (Winnicott, 1968a). Ela garante “(...) certo tipo de estabilidade e liberdade quanto ao sofrimento (...)” (Winnicott, 1968c, p. 155), mesmo que disto resulte “(...) a não-participação na vida e, talvez, a deficiência mental” (Winnicott, 1968c, p. 155).

Esta característica remete ao problema central de toda a psicose e indica, conseqüentemente, uma problemática que diz respeito ao fundamento da existência humana, a saber, a necessidade comum a todo indivíduo de preservar a incomunicabilidade de sua solidão essencial. Neste sentido, Winnicott afirma que o autismo é “(...) um termo clínico que descreve os extremos menos comuns de um fenômeno universal” (Winnicott, 1996c, p. 185).

Isto nos leva a pensar que o desenvolvimento de distúrbios neste âmbito está relacionado ao fracasso ambiental mais precoce. Isto é parte do problema. Segundo Winnicott, há um grande número de casos em que houve uma interrupção do amadurecimento muito em seu início, de tal forma que, nestes casos, o indivíduo não tem quase nada a defender:

Quando o transtorno se desenvolve, talvez realmente não haja nada para ser defendido, exceto alguma coisa de um *self* que continha a memória corporal da ansiedade que está completamente além da capacidade de manejo do bebê. (Winnicott, 1968a, p. 195)

Existem, entretanto, casos que se desenvolvem quando o amadurecimento já havia percorrido algum caminho no sentido da integração, como, por exemplo, o caso de uma criança de aproximadamente 12 meses que Winnicott descreve num texto de 1967. Nestes, é preciso admitir que haja muito que defender no interior da fortaleza, o que apresenta o fato de que este tipo de defesa não está tanto relacionado ao momento em que ocorre a falha ambiental, mas sim à característica da falha.

Winnicott atribui à etiologia do autismo o ódio inconsciente reprimido da mãe em relação ao bebê. Segundo ele, naturalmente as mães amam e odeiam seus filhos, e isto não é um problema. O problema se apresenta quando a mãe, tendo reprimido o ódio pela criança, o faz expressar por formações reativas, ou seja, no momento em que a mãe mais odeia seu filho, ela expressa um amor terno. O bebê não tem meios de lidar com este tipo de mecanismo, que é, por assim dizer, muito sofisticado para suas atuais capacidades. Sua forma de fazê-lo é se anulando como pessoa, correspondendo, desta forma, ao desejo inconsciente da mãe de que ele não existisse ou estivesse morto. Nestes casos:

(...) podemos ver a criança se esforçando para chegar ao ponto de partida – isto é, para neutralizar o desejo inconsciente dos pais (oculto por formações reativas) de que a criança estivesse morta. (Winnicott, 1968a, p. 196)

Neste sentido, a defesa por invulnerabilidade é a distorção relativa ao fato de que os bons cuidados recebidos pelo bebê eram expressão, pelas formações reativas, do desejo reprimido de morte por parte da mãe.

Um segundo tipo de defesa, descrito como defesa por intelecto cindido, é caracterizado por uma cisão precoce das funções mentais em relação ao psicossoma, e se relaciona à esquizofrenia latente.

Nos estágios de dependência relativa, onde a desadaptação gradual da mãe é um aspecto do amadurecimento, inicia-se o desenvolvimento das capacidades intelectuais do bebê, que o capacitam a aceitar, compreender, tolerar e até prever as falhas da mãe. (Winnicott, 1960c).

No entanto, uma distorção deste processo pode se revelar se a desadaptação da mãe ocorrer de maneira brusca, tendo como conseqüência a exploração da capacidade intelectual do bebê, que, neste caso, passa a operar independente da experiência psicossomática. Se o bebê possuir um bom aparelho mental, este tipo de exploração pode ser ainda mais exacerbado, e o bebê passa a servir de mãe para si mesmo, por meio de uma especialização da capacidade intelectual. Dito de outro modo, por uma alta capacidade de compreensão, ele se

defende de sua condição de dependência do ambiente, que se tornou imprevisível e, desta forma, substitui a função materna e oculta a privação (Winnicott, 1989s).

A inteligência e o pensar podem ser medidos, usados e apreciados, mas deve-se lembrar que a inteligência pode ser explorada, e que ela pode ocultar coisas tais como a privação e a ameaça de caos. Um colapso parcial é clinicamente representado por uma organização obsessiva, com a desorganização achando-se sempre na virada da esquina. (Winnicott, 1989s, p. 122)

O bebê não pode se entregar ao relaxamento que é próprio à sua condição de dependência; ele, por outro lado, desenvolve um estado de alerta, de constante vigilância, cujo objetivo é a manutenção do controle dos aspectos imprevisíveis do ambiente, que poderiam lançá-lo numa situação agônica.

Um caso extremo deste tipo de defesa é o descrito por Winnicott como fuga para a sanidade, onde há um êxito em esconder uma necessidade referente aos cuidados mais básicos, ou seja, um intelecto brilhante que oculta a esquizofrenia latente (Winnicott, 1971f). O fracasso desta defesa pode ocorrer, contudo, desde que tensões e pressões decorrentes de estágios posteriores ou de uma situação ambiental específica acabem por desencadear um colapso das defesas, fazendo emergir a doença.

Um terceiro tipo de organização defensiva diz respeito à cisão entre falso e verdadeiro si-mesmo. Trata-se de um tipo de defesa que não pode ser utilizada para definir uma categoria específica de distúrbios, pois participa em maior ou menor grau de todas as organizações defensivas mais complexas. É preciso notar também que uma certa proporção de falso si-mesmo faz parte da saúde e corresponde a uma função instrumental do verdadeiro si-mesmo no que concerne aos relacionamentos sociais (Winnicott, 1965m). Entretanto, Winnicott (1965h) afirma que o falso si-mesmo é um rótulo classificatório valioso, uma vez que, a partir dele, o significado de todas as manifestações clínicas de um certo caso é alterado, constituindo-se, portanto, num aspecto que requer especial atenção do analista:

Em um extremo da anormalidade o falso *self* pode facilmente ser tomado como real por engano, de modo que o *self* real está sob ameaça de aniquilamento (...) Somente o *self* verdadeiro pode ser analisado. A psicanálise do falso *self*, análise que é orientada para o que não significa mais do que o ambiente internalizado, só pode levar à decepção (...). (Winnicott, 1965h, p. 122)

A personalidade do tipo falso si-mesmo pode provocar este tipo de engano porque apresenta uma normalidade aparente: ausência de sintomas neuróticos, ausência de traços de caráter abertamente patológicos e, no mais das vezes, comportamento adaptado às exigências da situação. Winnicott faz atentar para a função defensiva destes fenômenos, que, por assim dizer, encobrem e negam uma privação ambiental e o colapso dela derivado.

Segundo Winnicott (1960c), as versões patológicas do falso si-mesmo encontram etiologia no fracasso adaptativo do ambiente, mais especialmente na sua função de apresentação de objetos. Neste caso, a mãe não consegue apresentar os objetos a partir do gesto espontâneo, expressão do verdadeiro si-mesmo do bebê. Ao contrário, o gesto espontâneo, repetidas vezes não complementado pela mãe, é substituído por um gesto da própria mãe, ao qual o bebê é seduzido a submeter-se. Desta forma, ocorre uma inversão do processo de amadurecimento: o ambiente, incapaz de adaptação, obriga o bebê a adaptar-se a ele.

Assim, todos os relacionamentos são construídos sobre uma base falsa, cuja função inclui também a proteção do verdadeiro si-mesmo, mantendo-o oculto. Desta forma, o verdadeiro si-mesmo vai continuamente sofrendo empobrecimento em razão da falta de experiências, de tal modo que o indivíduo se vê preso a sentimentos de futilidade e de irreabilidade da vida (Winnicott, 1960c).

O quarto tipo de defesas primárias, finalmente, são as defesas por autodesorganização ou por desintegração. Neste caso, em função da imprevisibilidade pela ausência de uma situação satisfatoriamente adaptativa, o indivíduo se torna, em alguma medida, perceptivo da situação de dependência e, portanto, de sua invulnerabilidade. Trata-se de uma defesa contra a não-integração primária, que se tornou perigosa pela ausência da função ambiental adequada. Assim, o indivíduo se autotraumatiza como forma de proteção relativa a uma possível circunstância traumática de origem ambiental.

Usa-se o termo desintegração para descrever uma defesa sofisticada, uma defesa que é uma produção ativa do caos contra a não-integração na ausência de auxílio ao ego da parte da mãe, isto é, contra a ansiedade arcaica resultante da falta de segurança no estágio da dependência absoluta. (Winnicott, 1965n, p. 60)

Embora tal estratégia defensiva resulte num estado de instabilidade, tal qual produziria a atitude ambiental, sua importância para o indivíduo reside no fato de que ela foi realizada por ele mesmo, o que, por assim dizer, não o deixaria à mercê do ambiente.

O caos da desintegração pode ser tão ruim como a instabilidade do meio, mas tem a vantagem de ser produzido pelo bebê, e por isso de ser não-ambiental. Está dentro do campo de onipotência do bebê. (Winnicott, 1965n, p. 60)

A defesa por desintegração é correspondente a cuidados ambientais que assumem características tantalizadoras, ou seja, um tipo de funcionamento que apresenta ao bebê a possibilidade do cuidado que, entretanto, permanece sempre irrealizável, tornando-o permanentemente confuso e sobressaltado.

Para concluir, é importante ressaltar que a descrição das defesas primárias apresenta um grande valor para a clínica porque ela permite levar em conta a natureza das falhas ambientais associada ao momento do amadurecimento em que ela ocorreu, orientando, desta forma, o trabalho terapêutico naquilo que diz respeito às especificidades de cada caso.

Capítulo III

O *setting* e o tratamento das psicoses em Winnicott

1. A teoria do amadurecimento e suas implicações para a prática clínica

Nos capítulos anteriores apresentamos a teoria winnicottiana do amadurecimento e a teoria dos distúrbios psíquicos dela derivada, com ênfase no estudo das psicoses. Procuramos mostrar, a partir disto, que Winnicott descreve estágios do amadurecimento anteriores àqueles descritos tradicionalmente pela psicanálise, o que determina, por sua vez, a descrição de distúrbios psíquicos que têm como exemplo fundamental a teoria das psicoses, cuja natureza não foi abarcada pela teorização psicanalítica tradicional. Naturalmente, tais desenvolvimentos teóricos trazem conseqüências para a prática clínica que, neste contexto, passa a ser pensada a partir de novos referenciais.

Neste sentido, uma das principais contribuições do autor se refere ao estudo minucioso que promove dos estágios mais iniciais do amadurecimento, a partir do qual considera a dependência um fato constituinte da natureza humana, que tem como conseqüência a necessidade de incluir o ambiente na descrição e no tratamento dos casos, em especial aqueles cuja problemática são derivados de estágios anteriores à conquista do eu integrado como unidade.

Na psicanálise clássica, a interpretação é o método por excelência que caracteriza a tarefa analítica. (2007). Isto se deve ao fato de que, neste horizonte teórico, as enfermidades psíquicas são pensadas tendo como modelo a doença psiconeurótica, que é caracterizada, em linhas gerais, pela existência de conflitos internos que, em se tornando intoleráveis para o indivíduo, são mantidos fora da consciência por via da repressão. Este é o principal mecanismo de defesa presente nas neuroses, que torna aspectos da personalidade do indivíduo indisponíveis, resultando numa certa rigidez do viver, sem, contudo, produzir um rompimento da estrutura do ego como um todo. Segundo Winnicott (1989v1, p. 57), em todos os casos de psicose, “(...) o padrão das defesas é contra a ansiedade no nível do complexo edipiano (...)” e a formação de sintomas “(...) provém dos conflitos essenciais, existentes no indivíduo, entre amor e ódio, conflitos estes que indicam um desenvolvimento emocional sadio no sentido da estruturação e fortaleza do ego (...)”.

A tarefa do analista, nestes casos, consiste em trazer à consciência o inconsciente reprimido, mediante a interpretação que é realizada dia a dia a partir do relacionamento que se estabelece entre o paciente e o analista – a chamada neurose de transferência – e que “(...)

revela o padrão da própria história do paciente no nível do complexo edipiano e na idade de 2-3-4 anos” (Winnicott, 1989vl, p. 57).

Para Winnicott, na medida em que reconhece distúrbios psíquicos cuja etiologia é anterior à conquista de um mundo interno e ao estabelecimento de relações características do estágio do complexo de Édipo, a técnica clássica, cujo modelo é o da interpretação, torna-se insuficiente e inadequada para certos casos. Deste modo, encontramos no autor um trabalho de redescritção e de proposição de modificações para a técnica psicanalítica, que encontra fundamento na compreensão de que “(...) as coisas tomadas por certas na análise de neuróticos se tornam a pedra fundamental da técnica modificada” (Winnicott, 1965vd, p. 215).

Assim, para um paciente cuja problemática central é neurótica, a interpretação permanece sendo a via privilegiada de intervenção psicanalítica, como também para os casos de depressão em que o estabelecimento da personalidade, embora recente, já possa ser considerado um fato. Os casos de tendência anti-social e as psicoses são resultados do fracasso ambiental em etapas mais primitivas do amadurecimento, onde predomina a dependência. Desta forma, apontam para falhas na própria estruturação da personalidade ou do caráter, exigindo outras formas de intervenção.

É importante salientar que não existe um só método ou técnica que definiriam o tratamento de uma perspectiva winnicottiana. O que determina, nesta perspectiva, o tratamento a ser realizado é a própria necessidade do paciente, que varia de acordo com a natureza do distúrbio que ele apresenta. Por esta razão, se faz necessária a elaboração de um diagnóstico baseado na teoria do amadurecimento, que como propõe Dias (2007), se constitui num guia para a prática clínica.

O fato essencial é que baseio meu trabalho no diagnóstico. Continuo a elaborar um diagnóstico na continuidade do tratamento, um diagnóstico individual e outro social, e trabalho de acordo com o mesmo diagnóstico. Nesse sentido, faço psicanálise quando o diagnóstico é de que este indivíduo, em seu ambiente, quer psicanálise [tradicional]. Posso até tentar estabelecer uma cooperação inconsciente, ainda quando o desejo consciente pela análise está ausente. Mas, em geral, a psicanálise [cujo método, por excelência, é a interpretação do conflito reprimido inconsciente] é para aqueles que a querem, necessitam e podem tolerá-la. (Winnicott, 1965d, p. 154)

Para fins deste trabalho, nos deteremos na prática clínica no que tange aos casos cuja problemática central é a psicose, que nos levam aos estágios mais iniciais do amadurecimento humano, em que o modo de ser do ambiente faz realmente parte do modo de ser do bebê, ainda que ele não possa reconhecê-lo como tal. Este é o aspecto central da dependência, do qual resulta que um ambiente capaz de se adaptar adequadamente às necessidades do bebê permite a sustentação de uma experiência de ser de modo confiável, que gradualmente caminha para a integração num eu unitário.

As falhas ambientais que têm seu ponto de origem nestes estágios possuem a característica, conforme o modelo das agonias impensáveis, de se imporem como impassíveis de serem abarcadas pela zona de experiência do bebê. Trata-se de uma imprevisibilidade, ou seja, de uma situação que não se originou dos processos criativos próprios ao bebê, condição essencial para que uma experiência com o ambiente possa se realizar. Por esta razão, ao psicótico está, por assim dizer, impossibilitado o próprio sentido de realidade de ser como experiência pessoal e, assim, o trabalho do analista deve versar sobre o provimento de uma situação adaptativa ao paciente:

(...) as interpretações visando o *insight* se tornam menos importantes, e a manutenção de uma situação adaptativa ao ego é essencial. A consistência da situação é uma experiência primária e não algo a ser recordado e revivido na técnica do analista. (Winnicott, 1965vd, p. 216)

Naturalmente, tal proposição modifica e amplia a forma de conceber a transferência, uma vez que não se pode considerar o ego como uma entidade estabelecida. Neste sentido, diz Winnicott, não se pode supor também a neurose de transferência, “(...) para a qual certamente é preciso que haja um ego, e na verdade um ego intacto, capaz de manter defesas contra a ansiedade derivada dos instintos – e de assumir responsabilidade pelas mesmas” (Winnicott, 1956a, p. 394). A transferência, nos termos em que Winnicott propõe aqui, remonta à questão da dependência. O cuidado não enfoca questões relativas ao funcionamento mental ou representacional, mas responde à existência psicossomática, para a qual se faz imprescindível a presença de um ambiente consistente, confiável e real, que pode assumir, por isto, inclusive características de cuidados físicos.

Enquanto na neurose de transferência o passado vem ao consultório, neste tipo de trabalho é mais correto dizermos que o presente retorna ao passado, e é o passado.

O analista encontra-se, assim, confrontado com o processo primário do paciente na situação em que este processo tinha seu valor original. (Winnicott, 1956a, p. 396)

A fim de elucidar o trabalho analítico proposto por Winnicott, cujo protótipo é a mãe suficientemente boa nos estágios de dependência, faz-se necessário apontar algumas características do tipo de comunicação que se estabelece nestes períodos. Num primeiro momento, o ambiente está empenhado na tarefa de propiciar a ilusão de onipotência por meio da satisfação das necessidades do lactente que, explicita Winnicott (1989m), “nunca se trata de dar satisfações, à maneira ordinária de sucumbir a uma sedução” (p. 78). Trata-se, por outro lado, da única forma pela qual um certo tipo sutil de comunicação inicial pode se estabelecer:

(...) sempre que se proporciona certas condições, pode-se trabalhar, e se não se as fornece, não se pode, e poder-se-ia igualmente nem tentar. O paciente não se acha lá para trabalhar conosco, exceto quando fornecemos as condições que são necessárias. (Winnicott, 1989m, p. 78)

Winnicott faz atentar para uma necessidade de estar presente à experiência, que é anterior a modelos mais sofisticados de comunicação e se configura como a base para a comunicação ou como o tipo mais inicial de comunicação. Seu modelo fundamental é o do *holding* na situação de dependência absoluta, em que o ambiente não é reconhecido em sua existência separada à medida que sua adaptação for suficientemente boa. Trata-se, portanto, de uma comunicação de natureza silenciosa que, diz Winnicott (1970b, p. 200), “(...) só se torna ruidosa quando fracassa (...)” e na qual “(...) o lactente se comunica simplesmente por continuar a existir, e por continuar a se desenvolver de acordo com os processos pessoais de maturação (...)” (Winnicott, 1965vd, p. 166).

O que propriamente Winnicott introduz para a clínica dos estados mais regredidos é a necessidade de uma comunicação cuja característica definitiva não é verbal, pois “(...) o bebê não ouve ou registra a comunicação, mas apenas os efeitos da confiabilidade; é algo que se registra no decorrer do desenvolvimento” (Winnicott, 1968d, p. 87). Neste estágio, diz ele, “(...) na medida em que o objeto é subjetivo, é desnecessário que a comunicação com ele seja explícita (...)” (Winnicott, 1965vd, p. 166). Mais do que desnecessária, uma interpretação verbal num momento em que o paciente não esteja preparado para ela, pode se configurar como uma nova invasão ambiental:

Se a interpretação é incompreensível, então, qualquer que seja a razão, o paciente se sente sem esperança ou pode se sentir atacado, destruído e mesmo aniquilado. (Winnicott, 1965vd, p. 210)

Estar preparado para a interpretação significa que o paciente já tenha a capacidade de abarcá-la dentro de sua área de onipotência/experiência, ou, dito de outra forma, que ela se origine de sua própria criatividade. Se não for assim, a interpretação, ainda que esteja correta, “(...) é um trauma, que o paciente tem que rejeitar, porque não é sua” (Winnicott, 1960c, p. 50). Neste caso, a comunicação silenciosa, único meio de relacionamento de que dispõe um paciente em estado regredido, se rompe, interrompendo assim sua própria continuidade de ser. A falha, neste momento, ainda não pode ser vivida como experiência, uma vez que ainda não se encontra disponível a capacidade de percepção dos objetos com natureza de externalidade.

(...) quando as coisas vão bem o lactente não tem meios de saber o que está sendo provido adequadamente e o que está prevenido. Por outro lado, é quando as coisas não vão bem que o lactente se torna perceptivo, não de uma falha do cuidado materno, mas dos resultados, quaisquer que sejam, dessa falha; quer dizer, o lactente se torna consciente de reagir a alguma irritação. (Winnicott, 1960c, p. 51)

Somente mais adiante na linha do amadurecimento, o bebê se torna capaz de um primeiro sentido, ainda que parcial, de externalidade, característico do estágio da transicionalidade, cujo modelo fundamental é o do brincar. Neste, o objeto adquire um sentido de realidade externa, ao mesmo tempo em que conserva seu sentido de criação pessoal. Trata-se de um paradoxo, que segundo Winnicott, deve ser aceito. Neste estágio, o bebê gradualmente vai se diferenciando do cuidado ambiental, o que, na saúde, ocorre em concomitância com a também gradual desadaptação da mãe. Isto significa que a mãe não se comporta mais de maneira a responder quase que magicamente às necessidades do bebê, mas agora, reconhecendo o passo no caminho do amadurecimento do bebê, passa a esperar que ele lhe forneça pistas, que ele sinalize algo a respeito de suas necessidades.

É importante salientar que para o bebê, neste estágio, todos estes aspectos referentes a dar pistas, sinalizar, comunicar-se, ir ao encontro do objeto, formam parte de sua necessidade, cuja base é a tendência inata ao amadurecimento. Neste sentido a falha da mãe na adaptação

absoluta ou a desadaptação gradual é o que propriamente define sua adaptação ao novo momento do bebê.

O mesmo pode ser pensado no que tange à relação na análise. O analista deve ser capaz de reconhecer os momentos em que o paciente emerge de um estado de regressão à mais precoce infância, e que se torna capaz de fornecer sinais a respeito de suas necessidades. Uma interpretação correta aqui, mas rápida demais, rouba, por assim dizer, a possibilidade de o paciente criá-la de modo pessoal:

Em nosso trabalho, especialmente ao trabalhar com aspectos da personalidade que são mais esquizóides do que neuróticos, na verdade esperamos, se sabemos reconhecer, que o paciente nos diga, e assim fazendo, criativamente, faça a interpretação que poderíamos ter feito. (Winnicott, 1965vd, p. 166)

Esperar, aqui, coloca o analista na qualidade de um objeto transicional que, por definição, não se comporta mais de modo mágico, guardando certa qualidade de externalidade, ainda que se configure como parte da criação pessoal. No sentido destas formulações, Winnicott afirma que:

A psicanálise foi desenvolvida como uma forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros. (Winnicott, 1968i, p. 63)

O brincar, em Winnicott, diz respeito não somente às atividades infantis, mas ao modo de comunicação presente em todas as pessoas com certo grau de saúde, que permite a relação com o objeto externo sem a perda de si-mesmo, ou dito de outra forma, sem que a relação com o objeto externo se efetue pela via da submissão do si-mesmo. Por esta razão, o brincar, com exceção aos estágios mais regredidos é, para Winnicott, o modelo de comunicação em análise.

O que quer que se diga sobre o brincar de crianças aplica-se também aos adultos; apenas, a descrição torna-se mais difícil quando o material do paciente aparece principalmente em termos de comunicação verbal. Sugiro que devemos encontrar o brincar tão em evidência nas análises de adultos quanto o é no caso de nosso trabalho com crianças. Manifesta-se, por exemplo, na escolha das palavras, nas inflexões de voz e, na verdade, no senso de humor. (Winnicott, 1968i, p. 61)

O entendimento da análise com um tipo especial do brincar lança nova luz sobre a questão da comunicação e da interpretação do trabalho analítico. Winnicott, como observa Philips (2006), é um crítico do analista silencioso e seu trabalho não é necessariamente avesso à interpretação. Em texto de 1962, explicitando as razões pelas quais utiliza a interpretação, Winnicott afirma:

Se não fizer nenhuma, o paciente fica com a impressão de que compreendo tudo. Dito de outra forma, eu retenho certa qualidade externa, por não acertar sempre no alvo ou mesmo estar errado. (Winnicott, 1965d, p. 153)

No entanto, diz Winnicott (1965d), as interpretações mobilizam forças intelectuais no paciente e, se elas forem demasiadas, tornam-se dissociadas do ser psicossomático. Assim, o analista deve se satisfazer com interpretações econômicas para não incorrer no risco de doutrinação:

Nunca uso frases longas, a menos que esteja muito cansado. Se estou próximo do ponto de exaustão, me ponho a ensinar. Além disso, na minha opinião, uma interpretação que contém a expressão “além disso” é uma sessão de ensino. (Winnicott, 1965d, p. 153)

O brincar, neste aspecto, pode se interromper, seja pela mobilização excessiva da intelectualidade, seja pela incapacidade do analista de reter certa qualidade externa. Com isto, Winnicott faz atentar para o fato de que a comunicação só é possível na medida em que o analista funcione num padrão que esteja de acordo ao material apresentado pelo paciente. E isto vale tanto para a análise dos aspectos mais regredidos quanto para os momentos em que o paciente já adquiriu certa capacidade para brincar. Assim, o que Winnicott chama de interpretação versa muito menos pelo conteúdo em si mesmo e recai fundamentalmente sobre uma posição ocupada pelo analista que, adaptada às necessidades do paciente, lhe permite um sentido de experiência pessoal real. Philips (2006), comparando a posição de Winnicott com a da psicanálise tradicional afirma:

Uma boa interpretação, poder-se-ia dizer, é alguma coisa sobre a qual o paciente seja capaz de ponderar. Não é uma senha de acesso. (Philips, 2006, p. 202)

Segundo o autor, enquanto que para Freud a psicanálise consistia essencialmente numa “cura verbal”, Winnicott fundamentou seu trabalho analítico no relacionamento mãe-bebê, cuja comunicação não é feita apenas de palavras, e para a qual a linguagem verbal não ocupa um papel estruturante na formação da identidade. De outra forma, se configura como mais uma parte do repertório que é alcançada em um estágio posterior à capacidade primária do bebê de se comunicar. A este respeito, Winnicott afirma:

Não é bem uma questão de interpretação verbal. O analista sente que no material que lhe é apresentado pelo paciente há uma tendência que pede uma verbalização. Muita coisa depende da maneira como o analista usa as palavras, e, portanto, da atitude que se oculta por trás da interpretação. Uma paciente cravou suas unhas em minha mão num momento em que seus sentimentos eram intensos, e minha interpretação foi: “Uau!” Isto praticamente não envolveu o uso de meu aparato intelectual, e foi bastante útil, uma vez que surgiu imediatamente (e não em seguida a uma pausa ou inflexões), fazendo minha paciente ver que minha mão estava viva, que fazia parte de mim e que eu ali me encontrava para ser usado. Ou, como talvez eu pudesse dizer, posso ser utilizado desde que sobreviva. (Winnicott, 1968d, p. 85)

Assim, Winnicott reafirma a questão da atitude do analista, considerando-o como pessoa. Este aspecto é mais determinante para o tratamento, especialmente dos estados mais regredidos, do que a interpretação em termos do conteúdo verbal. Este tema coloca em questão o entendimento da psicanálise como o exercício de uma técnica, delineando, portanto, aquilo que propriamente está em jogo na realização de um tratamento.

2. Uma reconsideração sobre a técnica: a personalidade do analista

Ao teorizar sobre o tratamento psicanalítico, Winnicott se refere muitas vezes a ele fazendo uso do conceito de técnica, que lhe permite discriminar aquilo que ele chama de técnica clássica daquilo que propõe como técnica modificada. Entretanto, Winnicott tem clareza de que a psicanálise “(...) não consiste apenas no exercício de uma técnica (...)” e da necessidade de que se tenha em mente “(...) a diferença entre a técnica e a realização de um tratamento” (Winnicott, 1955d, p. 374).

É algo que tornamos capazes de fazer quando alcançamos um certo estágio na aquisição da técnica básica. Aquilo que passamos a poder fazer é cooperar com o paciente no seguimento de um processo; processo este que em cada paciente possui

o seu próprio ritmo e caminha no seu próprio rumo. Todos os aspectos importantes deste processo originam-se no paciente, e não em nós como analistas. (Winnicott, 1955d, p. 374)

Ao enfatizar o fato de que o tratamento deve ser guiado pelas necessidades do paciente, Winnicott coloca em questão, para além da técnica, a própria personalidade do analista e sua capacidade de se identificar com seus pacientes (Winnicott, 1963a), especialmente no que concerne à clínica das psicoses, considerando que a função primordial do analista nestes casos é a provisão de um ambiente adaptado, estável, confiável, consistente e real. Embora também na clínica das neuroses, em certa medida, são fundamentais o fornecimento de um contexto, o comportamento e a atitude do analista – ainda que, segundo Winnicott (1955d), a psicanálise clássica não tenha enfatizado tais questões em seu corpo teórico –, o trabalho psicanalítico clássico só pode ser realizado a partir de um treinamento específico em psicanálise. As psicoses, num certo sentido, podem ser tratadas por uma nova provisão ambiental que não seja necessariamente especializada, a que ele chama de autocura ou recuperação espontânea, na medida em que são relacionadas a situações ambientais encontráveis na vida cotidiana.

Embora Winnicott (1955d) afirme que um psicanalista esteja mais habilitado para realizar esta função, já que pelo conhecimento psicanalítico torna-se capaz de aceitar e utilizar expressões intensas de sentimentos que não são facilmente aceitos nas relações sociais cotidianas (raiva, ódio, enamoramento,..), ele também reconhece que este mesmo conhecimento possa dificultar sua capacidade de se adaptar às necessidades atuais do paciente:

Deste modo o analista em treino muitas vezes faz análise melhor do que o fará passado alguns anos, quando ele souber mais. Quando tiver tido diversos pacientes ele começará a achar entediante ir tão devagar como a paciente vai, e começará a fazer interpretações baseadas não no material fornecido em um dia especial pelo paciente, mas em seu conhecimento próprio acumulado ou em sua adesão no momento a um grupo particular de idéias. Isto é inútil para o paciente. (Winnicott, 1960c, p. 50)

Neste sentido, Winnicott volta a reafirmar um aspecto do trabalho analítico, cuja importância é primordial na clínica das psicoses, em que “(...) podemos na verdade aprender

o que fazemos por sermos pais, por termos sido crianças, por observar mães com bebês muito pequenos ou que ainda não nasceram, por correlacionar falhas dos pais com estados clínicos subsequentes de crianças doentes” (Winnicott, 1963a, p. 227). Trata-se de um elemento do trabalho que se relaciona muito mais com a pessoa mesma do analista – e por isto podemos estender esta função a outros possíveis encontros da vida social que não o psicanalítico – do que com seus aspectos intelectuais ou com sua adesão a um ou outro grupo de idéias. Winnicott tem clareza de que certos esquemas de tratamento são menos adequados que outros, mas afirma que “se o terapeuta é adequado por temperamento e capaz de ser objetivo e preocupado com as necessidades da criança, então a terapia se adaptará às necessidades do caso como se apresentarem no curso do tratamento” (Winnicott, 1958h, p. 106).

Assim, Winnicott desconstrói a idéia de técnica para afirmar a pessoa real do analista como determinante no processo de análise. Isto não podia ser mais claro do que suas primeiras palavras no artigo intitulado “Os objetivos do tratamento psicanalítico”:

Ao praticar psicanálise, tenho o propósito de:

me manter vivo;

me manter bem;

me manter desperto;

Objetivo: ser eu mesmo e me portar bem. (Winnicott, 1965d, p. 152)

As distintas necessidades do paciente tais como se apresentam, só podem ser atendidas se o analista, em função de um estado de preocupação, for capaz de identificar-se. Esta capacidade supõe seu envolvimento como pessoa e não poderia ser realizada mecanicamente a partir de, por exemplo, uma adesão a um conjunto de técnicas. Tal proposição é inteiramente coerente com a idéia de que o ambiente suficientemente bom é aquele que facilita os processos que caminham no sentido do amadurecimento, que tem sua origem na própria tendência inata do indivíduo. O ambiente, aqui, não faz o lactente crescer e nem determina seu crescimento. (Winnicott, 1963c, p. 201).

3. A clínica do manejo e o *setting* analítico

Dissemos que a clínica winnicottiana das psicoses não se fundamenta em processos mentais ou de verbalização, mas num tipo mais básico e sutil de comunicação que encontra seu modelo no *holding*. Dissemos também que, em função disto, ela se define menos por uma técnica e mais essencialmente pelo modo de ser do analista. Estamos agora em condições de

desenvolver em que propriamente consiste um tratamento a partir desta posição teórica, bem como sinalizar aspectos do processo que caminham no sentido da retomada do amadurecimento.

O congelamento no processo de amadurecimento próprio à psicose se define por um certo equilíbrio entre a necessidade de enlouquecer e o medo da loucura. O colapso vivido não foi experienciado na situação original, uma vez que ocorreu em um momento em que o indivíduo ainda não estava lá como um eu capaz de integrar experiências. Em função da catástrofe, ele se defende da dependência, ainda que sua necessidade mais premente seja a de retornar a ela, vivê-la de modo satisfatório e retomar o caminho do amadurecimento.

Sua necessidade, portanto, é de uma nova oportunidade de viver a dependência, o que pode ocorrer por meio de uma regressão num novo contexto. Mas, para que o paciente regrida é preciso que haja uma situação de confiabilidade, cujo estabelecimento depende de uma provisão ambiental. Esta é uma questão que merece exame, para não se incorrer no erro de compreender esta nova provisão ambiental, como a satisfação ordinária de caprichos do paciente.

A provisão ambiental a que Winnicott se refere apresenta-se, em termos do trabalho analítico, no manejo do *setting*. Desta perspectiva, existe uma significativa mudança na forma de conceber o *setting*, que irá definir a natureza do trabalho clínico em questão. Comparando a sua com a posição freudiana, Winnicott afirma:

Gostaria de acrescentar que para Freud existem três pessoas, uma delas fora do consultório. Quando existem apenas duas pessoas, terá ocorrido uma regressão do paciente no contexto, e o contexto então representa a mãe com sua técnica, sendo o paciente um bebê. Há um estado seguinte de regressão no qual apenas uma pessoa está presente, ou seja, o paciente, e isto é verdade mesmo que num outro sentido, do ponto de vista do observador, existam ali duas pessoas. (Winnicott, 1955d, p. 383)

Tendo em vista que o estado regressivo se organiza em torno da dupla dependência, todos os aspectos do ambiente – o analista, seu comportamento, o *setting* – não são reconhecidos pelo paciente em sua externalidade, mas, na medida em que são objetos subjetivos, formam parte do próprio modo de ser do paciente. É a partir deste entendimento que Winnicott afirma que a psicose pode ser tratada apenas pelo fornecimento de um ambiente e que “(...) o contexto torna-se mais importante que a interpretação” (Winnicott, 1956a, p. 395). O contexto aqui, segundo o autor, pode ser definido como “(...) o somatório

de todos os detalhes relativos ao manejo” (Winnicott, 1956a, p. 395), indicando que o *setting* se caracteriza por um espaço em todos os seus detalhes físicos e concretos que são pessoalizados pelo comportamento e pelo modo de ser do analista, ou, dito de outra maneira, a clínica do manejo, tal como Winnicott funda a clínica das psicoses, diz respeito à provisão e manutenção de um *setting* adaptado às necessidades do paciente, de tal forma que este se amalgaма com o contexto para criar uma nova situação de dependência.

No artigo “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico”, escrito em 1954, Winnicott descreve o *setting* analítico tradicional tal qual proposto por Freud, acentuando alguns de seus aspectos que, por tão óbvios, são tomados como consenso entre os psicanalistas: pontualidade, previsibilidade, presença, conforto, disposição do analista, amor e ódio (podendo ser expressos pelo analista honestamente, sem negação ou sentimentos desmedidos), ausência de retaliação e sobrevivência do analista. Todos estes aspectos relativos ao modo de se comportar do analista estão presentes e, por assim dizer, formam a base do tratamento psicanalítico tradicional. Segundo Winnicott, são estes mesmos aspectos que se revelam determinantes para a clínica de estados regredidos:

Se Freud não se comportasse bem, não lhe teria sido possível desenvolver a técnica da psicanálise, ou sua teoria, para a qual a técnica o conduziu. Isto é verdade independente de o quão inteligente ele era então. O ponto central aqui é o de que praticamente cada um desses detalhes pode ser de extrema importância numa dada fase da análise que envolva alguma regressão do paciente. (Winnicott, 1955d, p. 383)

A questão essencial é que todos estes detalhes, desde que haja adaptação e que a regressão se torne um fato, formam realmente parte do modo de ser do paciente e não algo a ser representado:

O divã e as almofadas estão lá para que o paciente os use. Aparecerão em pensamentos e em sonhos, e nesse caso representarão o corpo do analista, os seus seios, braços, mãos, etc., numa infinita variedade de formas. Considerando que o paciente está regredido (por um momento ou por uma hora, ou por um longo período de tempo) o divã é o analista, os travesseiros são os seios, o analista é a mãe em certa época do passado. Em situações extremas não se pode mais dizer que o divã representa o analista. (Winnicott, 1955d, p. 385)

Um ponto a ser esclarecido é a idéia equivocada, do ponto de vista do autor, de que a regressão seja uma saída fácil no trabalho analítico, que tem que ser impedida, ou ainda, de que Winnicott proponha um tratamento que contenha uma espécie de indução ou convite a regressão (Winnicott, 1955d, 1989m). Este equívoco versa sobre a idéia de que a regressão proporcione satisfação de natureza sensual, o que, diz Winnicott, não tem importância perto da satisfação que se busca obter aqui, qual seja, a de alcançar um “ponto de partida”, “(...) um lugar de onde é possível operar (...)” (Winnicott, 1955d, p. 388), a partir do qual se possa ter experiências sentidas como real. O autor ainda afirma:

Não há motivos para querer que o paciente regrida, salvo motivos de natureza patológica. Se o analista gosta que os pacientes regridam, isto certamente irá interferir com o manejo da regressão. Além do mais, a análise que envolve uma regressão clínica é muito mais difícil que aquela em que não é necessária nenhuma adaptação ambiental. Por outras palavras, seria muito agradável se pudéssemos aceitar apenas pacientes cujas mães foram capazes de proporcionar-lhes condições suficientemente boas no início e nos primeiros meses. Mas esta época da psicanálise vem rumando firmemente para um fim. (Winnicott, 1955d, p. 388)

A regressão, tal como Winnicott a descreve, não pode ser caracterizada como parte do desejo do analista. De outra maneira, a regressão é parte de um processo fundado na confiabilidade. O analista confiável não imprime o seu próprio desejo sobre o paciente, ele é capaz de se comportar adaptativamente guiado pelas necessidades que surgem do próprio paciente. Em função desta característica de confiabilidade, o paciente recria uma esperança de que o ambiente possa atender suas necessidades que em outro momento não foram atendidas e, regride, neste sentido, como parte de sua própria necessidade.

O paciente acha-se defendido da dependência em função das falhas ambientais a que foi exposto na primeira infância de tal forma a ter bloqueado seu amadurecimento. Ele encontra um contexto que, num certo sentido, reproduz as técnicas de maternagem dos estágios iniciais, cuja característica essencial é a confiabilidade. Gradativamente começa a ter esperanças de que suas exigências sejam atendidas e a regressão, tendo em vista todos os riscos que ela ocasiona para o paciente, resulta da confiabilidade.

O comportamento do analista, representado pelo que chamei de contexto, por ser suficientemente bom em matéria de adaptação à necessidade, é gradualmente percebido pelo paciente como algo que suscita a esperança de que o verdadeiro eu

poderá finalmente correr os riscos implícitos em começar a experimentar a viver.
(Winnicott, 1956a, p. 395)

Entretanto, é preciso considerar que esta nova provisão ambiental, como uma experiência corretiva da falha, não pode, por si só, ser suficiente para a melhora do paciente (Winnicott, 1963a). O fato é que, tendo vivido uma agonia impensável, o paciente continua a buscar aquele detalhe que se refere ao colapso real do passado, mas que por não ter sido experienciado, não pôde ser integrado dentro de uma história temporal, assumindo, desta forma, uma procura dele no futuro (Winnicott, 1974). O paciente precisa lembrar-se do colapso, mas, considerando-se que ele não foi experienciado, não pode ser lembrado, a não ser por uma nova possibilidade de vivê-lo.

A única maneira de “lembrar”, neste caso, é o paciente experienciar esta coisa passada pela primeira vez no presente, ou seja, na transferência. Esta coisa passada e futura torna-se então uma questão do aqui e do agora, e é experienciada pelo paciente pela primeira vez. (Winnicott, 1974, p. 74)

A necessidade de regredir define-se não só pela necessidade de uma nova vivência da dependência, mas pela necessidade de (re-)viver o colapso (Winnicott, 1989vk). Assim, dizer ao paciente, no sentido de uma interpretação, que o colapso temido já aconteceu e pertence ao passado, não produz efeito, exceto na medida em que o paciente obtenha apenas um alívio intelectual, já que o ego é imaturo para abranger este “(...) tipo esquisito de verdade” (Winnicott, 1974, p. 73). Nestes casos, “(...) o alívio só chega com o reviver da ansiedade intolerável original (...)” (Winnicott, 1962c, p. 60).

A fim de reviver a loucura original, o paciente organiza o que Winnicott (1989d, 1989vk, 1989f) chama de transferência delirante. Utilizando a confiabilidade do *setting*, “(...) ele acusa o analista, ou alguém que o represente lá fora, de persegui-lo, de desejar que ele permaneça dependente, de sobrecarregá-lo, de vigiá-lo, etc.” (Dias, 2002, p. 356). Trata-se de um modo que o paciente encontra de organizar o *setting* para que a premência de reviver a loucura original possa ser atendida. Enlouquecer no *setting* analítico é “(...) a coisa mais próxima que o paciente pode jamais fazer para lembrar” (Winnicott, 1989vk, p. 98).

A experiência da agonia se atualiza na transferência a partir da reação do paciente às falhas do analista (Winnicott, 1956a, 1962c, 1974). Nas palavras do autor, o paciente usa as falhas do analista – que sempre ocorrem, tendo em vista que não há tentativa de uma

adaptação perfeita – com o intuito de reviver a falha original que não pode ser experienciada. O analista é então colocado no penoso papel do fracasso e é preciso que ele possa reconhecer seu valor positivo.

O ponto aqui é que, como de maneira geral o analista foi capaz de se adaptar suficientemente bem às necessidades do paciente, suas falhas não provocaram a ruptura da continuidade de ser. Desta forma, elas poderão ser abarcadas pela zona de experiência do paciente desde que o analista seja capaz de reconhecê-las, sem tentar justificá-las, ou sentir-se culpado ou penalizado por elas. Assim, diz Winnicott (1974, p. 73): “(...) o paciente gradualmente reúne o fracasso original do meio ambiente dentro da área de sua onipotência e da experiência de onipotência que pertence ao estado de dependência (fato transferencial)”. Isto permite ao paciente, talvez pela primeira vez, sentir raiva pela falha, agora reconhecida como parte do ambiente.

A chave para compreendê-lo é a de que a falha do analista está sendo usada e deve ser tratada como uma falha antiga, que o paciente pode agora perceber, abarcar, e zangar-se por isso. (Winnicott, 1956a, p. 397)

Assim, em contraposição à falha original que produziu a ruptura, a falha que pode ser vivenciada com raiva possui uma função terapêutica. Havendo reconhecimento por parte do analista, a falha pode ser percebida pelo paciente em sua externalidade, o que gradualmente o liberta da dependência. Winnicott (1968d) lembra que sendo analistas experimentamos, por este motivo, situações bastante difíceis e não recebemos qualquer tipo de gratidão por isto, mas apenas o mesmo que recebem os pais que possibilitam autonomia a seus filhos.

Somos transformados em pais que fracassam e somente deste modo alcançamos sucesso como terapeutas. Este é apenas mais um exemplo do paradoxo múltiplo do relacionamento parento-filial. (Winnicott, 1962c, p. 61)

Deste modo, se faz necessário que o analista seja capaz de entender o que está se passando, o que o capacita a tolerar as tensões inerentes a este tipo de trabalho. Se o analista, por meio de uma tentativa de ser são ou lógico, se defende da transferência delirante, o paciente perde a oportunidade de viver a falha original e retomar o curso do seu amadurecimento. Igualmente, um colapso que é atendido com premência psiquiátrica à cura, tem seu sentido perdido. É preciso reconhecer a necessidade que o paciente tem de

enlouquecer e o valor terapêutico que pode ter essa experiência desde que o ambiente possa manejá-lo adequadamente. (Winnicott, 1989vk).

A necessidade que o paciente tem em reviver a falha original pode assumir distintas formas, entre elas todo tipo de atuação. Segundo Winnicott (1955d), qualquer tentativa de censura seria um equívoco, uma vez que contém valor terapêutico, considerando que delas se pode deduzir a falha ambiental original e que possam ser usadas em relação à falha do analista. Outra forma de tal necessidade se apresentar é pelo desenvolvimento de doenças físicas (Winnicott, 1953b, 1974), que visam um retorno à dependência por meio de uma situação que exige cuidados concretos. Tais situações demandam compreensão em outro nível que não só o da doença física, e uma vez que, em geral, exigem o cuidado de um médico específico, tornam-se complexas.

Ao fazer análise de um caso psicossomático, gostaria que meu equivalente médico físico fosse um cientista em férias da ciência. Do que se precisa é ficção científica, ao invés de uma aplicação rígida e compulsiva da teoria médica com base na percepção da realidade objetiva. (Winnicott, 1966d, p. 86)

O colapso, seja pela via de processos corporais ou do adoecimento mais claramente psíquico, traz consigo um movimento de restabelecimento da saúde, que podem ser obscurecidos por terapias químicas ou outros métodos terapêuticos. A via que Winnicott propõe é, sem dúvida, mais trabalhosa, especialmente porque é preciso que haja no analista a manutenção de uma crença na natureza humana e nos processos de desenvolvimento. No entanto, se ele puder sustentar um trabalho desta forma, a tendência ao amadurecimento é libertada e o paciente passará a experimentar agora “(...) as turbulências que são pertinentes ao estar vivo” (Dias, 2002), ainda que o caminho a uma nova regressão tenha que estar sempre aberto, se ela se fizer necessária.

4. Um caso de Winnicott que ilustra o manejo da regressão no *setting* analítico

Num artigo de 1963, Winnicott escreve uma passagem de um caso, a partir do qual são explicitados muitos dos aspectos presentes no manejo das regressões. Trata-se de uma jovem paciente que já havia tido uma experiência longa de análise e que, seguindo o modelo tradicional, desencorajava qualquer movimento no sentido da regressão. Ela apresentava-se extremamente independente, chegava a tornar-se “dura” e possuía uma capacidade intelectual bastante expressiva. Contudo, um sentimento de irrealidade e futilidade logo se

apresentou no início da análise, assim como o fato de que, com excessiva facilidade, algo central em sua personalidade vivia sob ameaça de aniquilamento.

A paciente teve de esperar alguns meses antes que Winnicott pudesse vê-la, a princípio, somente uma vez por semana. Posteriormente, lhe foi possibilitado sessões diárias, no entanto, exatamente quando Winnicott tinha marcada de antemão uma viagem de um mês para o exterior.

A dinâmica das sessões ocorria da seguinte maneira: a paciente chegava como se viesse a uma visita social, relatava as percepções intelectuais de si mesma e do ambiente de modo bastante claro, havia muito silêncio e, próximo do fim da sessão, ela se lembrava de um sonho, nos quais ela sempre vinha representada como criaturas frágeis e muitas vezes mimada.

O movimento no sentido da regressão à dependência logo se apresentou, especialmente a partir de um de seus sonhos. Neste, ela possuía uma tartaruga, cuja casca era mole, de modo que se encontrava desprotegida e poderia sofrer. No sonho, ela matava a tartaruga para salvá-la do sofrimento intolerável que poderia vir a ter. A partir disto, Winnicott compreende que a “(...) tartaruga era ela mesma e indicava uma tendência ao suicídio. Era para curar essa tendência que ela havia vindo se tratar” (Winnicott, 1963a, p. 225). Assim, a anunciada partida de Winnicott, neste momento impróprio do processo da paciente, “(...) reconstituiu um episódio traumático ou uma série de episódios de seu próprio tempo de lactente” (Winnicott, 1963a, p. 225). Como reação, a paciente desenvolve uma doença física, que apresentava sua tendência ao suicídio localizada, neste caso, num órgão do corpo. A este respeito, Winnicott diz:

Era, por assim dizer, como se eu a tivesse sustendo e então ficasse preocupado com algum outro assunto, de modo que ela se sentiu aniquilada. Esta foi sua palavra para aquilo. Ao se matar ela conseguiria controle sobre ser aniquilada no momento de ser dependente e vulnerável. (Winnicott, 1963a, p. 226)

A regressão teve lugar a partir de uma adaptação fornecida por Winnicott. Considerando que se impõe a questão da viagem, Winnicott ganha um sentido de externalidade que ainda não podia ser abarcado pela paciente, de modo que ela se sente aniquilada. Sua doença física se desenvolve defensivamente e comporta, por um lado, a expressão de sua tendência ao suicídio, de realizar aquilo que temia que lhe acontecesse numa situação de dependência e, por outro lado, a própria necessidade de viver a dependência de modo satisfatório,

considerando que, numa situação de doença, o ambiente, em geral, se organiza em função do cuidado.

Neste ponto, Winnicott, reconhecendo que em função da natureza da problemática sua viagem consistia numa falha ambiental, interpreta o que estava se passando de maneira que a paciente sente-se aliviada e torna-se capaz de aceitar sua viagem. Isto coincide com uma melhora do quadro clínico, também parcialmente diz Winnicott, porque ela vinha recebendo cuidados médicos adequados. Em seguida, Winnicott reflete sobre os efeitos da interpretação em situações como esta:

O surpreendente é que uma interpretação pode levar a uma mudança e pode-se apenas presumir que a compreensão em nível profundo e no momento exato são formas consistentes de adaptação. (Winnicott, 1963a, p. 226)

Neste aspecto, Winnicott assinala que a interpretação, como verbalização de conteúdos inconscientes, não é o que necessariamente produziu o efeito no caso, mas sim seu caráter de adaptação, porque havia de sua parte uma compreensão da natureza do material que estava sendo apresentado. Isto se torna ainda mais claro na passagem a seguir:

Neste caso, por exemplo, a paciente se tornou capaz de enfrentar minha ausência porque sentiu (em um nível) que agora ela não estava sendo aniquilada, mas, de modo positivo, estava sendo mantida em existência por ter uma realidade como objeto de minha preocupação. (Winnicott, 1963a, p. 226)

Assim, Winnicott faz atentar para o fato de que a comunicação que efetivamente imprimiu um efeito na situação era de natureza silenciosa, aquela que diz respeito ao fato de que ele realmente encontrava-se preocupado com a paciente, uma vez que, reconhecendo sua necessidade de regressão, reconhecia também o momento inapropriado de sua partida. O conteúdo verbalizado por ele não era tão importante quanto o fato de que a interpretação estava de acordo com a natureza do material apresentado. É neste sentido que a interpretação se configura como uma forma de adaptação, já que ela pode contemplar a manutenção, por parte do analista, de uma posição de objeto subjetivo, na medida em que houve o reconhecimento de sua parte de que nem ele nem o *setting* poderiam ainda ser percebidos em sua externalidade e que, portanto, manter-se como objeto subjetivo era, por assim dizer, a única forma de manter real a existência da paciente.

Na ocasião, Winnicott tinha uma grande quantidade de material em termos de sadismo oral, ou seja, do amor reforçado pela raiva, que poderiam ser utilizados para interpretar a relação da paciente com ele e com todos os outros que a haviam abandonado, inclusive sua mãe na ocasião do desmame. Mas, ele diz, “(...) então teria sido um mau analista fazendo boas interpretações” (Winnicott, 1963a, p. 228). A ênfase, aqui, recai sobre os aspectos adaptativos, em que a pessoa do analista e sua capacidade de identificar-se se tornam mais importantes que os aspectos técnicos. Trata-se de um modo de orientar o trabalho clínico que poderia ser descrito como manejo:

Esta outra orientação [relativa ao manejo] leva-me à compreensão que temos em nós mesmos e que nos faz saber que devemos evitar viajar logo após iniciar uma análise. É a percepção da vulnerabilidade do paciente, o oposto à força do ego. Satisfazemos as necessidades dos pacientes de inúmeras maneiras, porque sabemos mais ou menos como o paciente está se sentindo, e podemos encontrar o equivalente do paciente em nós mesmos. Isso tudo é feito silenciosamente, e o paciente habitualmente permanece inconsciente do que fazemos bem, mas se torna consciente do papel que desempenhamos quando as coisas vão mal. É então, quando falhamos a este respeito, que o paciente reage ao imprevisível e sofre uma quebra da continuidade de sua existência. (Winnicott, 1963a, p. 226)

Ainda refletindo sobre os efeitos da interpretação no caso, Winnicott afirma que uma corrente de interpretações tradicionais, relativas ao conteúdo do material, levaria a produzir, numa personalidade mais amadurecida, raiva ou excitação, e essas emoções ainda não eram possíveis de serem vividas como experiência pessoal por esta paciente, de modo que elas apareciam como doenças físicas, como um fator externo a ela:

(...) seu ego era incapaz de acomodar qualquer emoção forte. Ódio, excitação, medo – cada qual se separava como um corpo estranho, e se tornava com excessiva facilidade localizado em um órgão do corpo que entrava em espasmo e tendia a se destruir (...). (Winnicott, 1963a, p. 228)

Uma interpretação tradicional não só não produziria efeito terapêutico, como também se configuraria num elemento invasivo. O fato de um movimento de regressão haver se iniciado nesta análise estava relacionado com a verificação, por parte da paciente, de que o material não era utilizado de modo brusco para ser interpretado. “A paciente me disse que o motivo

principal que a levava a este envolvimento na dependência, tão rápido e involuntário, era o fato de eu permitir que as coisas acontecessem e querer saber o que cada sessão traria” (Winnicott, 1963a, p. 229). Sua história de vida junto com a experiência de longos anos de análise tradicional já a haviam deixado habituada a se defender da dependência, por meio da organização de uma vida independente, de um estado de ser “durona” e da utilização de sua capacidade intelectual. O estado de regressão que se desenvolvera resultante da confiabilidade do ambiente a tornava, desta forma, altamente sensível a qualquer fator que exigisse uma capacidade maior de amadurecimento da personalidade.

Da mesma forma, pode-se compreender a razão pela qual sentiu-se aniquilada com o anúncio da viagem de Winnicott. Tratava-se de um evento externo demais para a necessidade de regressão que se apresentava. Tratava-se, portanto, de uma falha pré-matura, não daquela, diz Winnicott, “(...) que ela me fará falhar de maneira determinada por sua própria história” (Winnicott, 1963a, p. 233).

O manejo da situação foi possível, em parte, porque a paciente ainda não havia atingido um estado de regressão completo, no qual a viagem de Winnicott, assim como uma interpretação tradicional, provavelmente configurar-se-iam como invasivo. Winnicott afirma: “Um pouco mais tarde, em uma dependência mais completa, a interpretação verbal não seria suficiente, ou poderia ser dispensada” (Winnicott, 1963a, p. 226). Este estado parcial de regressão ainda permitia uma comunicação no nível intelectual, assim como a própria forma da paciente de apresentar o material, como Winnicott assinala em nota de rodapé, relativa à seguinte passagem, que apresenta um diálogo seu com a paciente:

No decurso de uma conversa em que fizemos planos para o futuro e discutimos a natureza de sua moléstia e os riscos inerentes à continuação do tratamento, eu disse: “Pois eis você doente, e podemos observar que a doença física oculta uma reação extrema à minha partida, embora você não seja capaz de atingir uma percepção direta pelo sentimento da mesma. De modo que você poderia dizer que eu lhe causei a doença como outros a fizeram ficar doente quando você era um bebê, e poderia ficar braba”. Ela respondeu: “Mas não estou”. (Na verdade ela me mantém numa posição idealizada e tende a achar que médicos do corpo são perseguidores.) Então repliquei: “O caminho é este, amplamente aberto para o seu ressentimento e raiva mas esta se recusa a trilhar esse caminho”. (Winnicott, 1963a, p. 229)

Ainda que utilize a compreensão intelectual da paciente para tratar do assunto em questão, e que o faça em termos de comunicação verbal, Winnicott apresenta o material de modo a reconhecer plenamente a falha pré-matura, em contraposição à falha que poderia ser utilizada positivamente pela paciente num momento posterior. Aí está contido um outro aspecto da comunicação, de natureza silenciosa, que reconhece tacitamente sua necessidade de regressão e sua maneira de reagir à falha. Este aspecto da comunicação, que a paciente pode receber num nível não verbal, intelectual ou mental é, segundo as concepções de Winnicott, o fator essencial que permitiu manter a paciente em existência, aguardando o momento em que a regressão à dependência pudesse atingir seu estado completo.

Neste capítulo procuramos mostrar a natureza da clínica do manejo, diferenciando-a da clínica tradicionalmente concebida pela psicanálise. Até aqui, apresentamos estas questões no que concerne ao *setting* psicanalítico tradicional, conforme o modelo do caso descrito acima. Entretanto, o manejo pode ser realizado em ambientes não especializados, ampliando, deste modo, a própria constituição do *setting*. Estas concepções têm impacto na clínica das psicoses como um todo, tanto nos casos que são tratados em consultório, quanto no tratamento em instituições, para as quais esta idéia é especialmente útil. Por este motivo, esta discussão será desenvolvida em pormenores no capítulo 5, que trata da clínica das psicoses em instituições, em especial nos CAPS.

Antes disto, porém, consideramos necessário, apresentar com mais detalhes o campo da atenção em saúde mental e os CAPS, estabelecendo um diálogo com as principais áreas do conhecimento que exercem influências sob a orientação das práticas em tais serviços, a saber, a medicina psiquiátrica, os autores significativos da tradição da Reforma Psiquiátrica e também a psicanálise tradicional. Com, isto, procuramos salientar as principais contribuições de Winnicott para o campo e, conseqüentemente, a necessidade, a partir do autor, de redescrevê-lo sob outros fundamentos. A partir disto, estaremos em condições de desenvolver, no capítulo 5, o trabalho clínico com psicóticos em instituições, desde a perspectiva winnicottiana.

Capítulo IV

A Reforma Psiquiátrica e as práticas em saúde mental

1. A história da psiquiatria

Historicamente, a loucura experimentou várias formas de relação com a cultura até chegar a receber o estatuto de doença mental, objeto de intervenção da medicina. Até o momento desta transformação, a loucura tinha múltiplos significados, assim como eram múltiplos os espaços onde habitava: ruas, guetos, matas, florestas, igrejas e hospitais (Amarante, 2007). Como apresenta Foucault (1979), a princípio os hospitais não eram instituições médicas, como são hoje. O hospital tem origem na Idade Média e, como instituição de caridade, tinha o objetivo de oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes.

No século XVII surge uma nova modalidade de hospital, cujo maior expoente se deu na criação pelo rei da França do Hospital Geral, em 1656, que assume características de controle social e político. Neste, a internação passa a ser determinada por autoridades reais e judiciárias, por meio de um poder absoluto exercido sobre toda a população, que é aí entendida como potencial clientela da instituição (Amarante, 2007).

Será sob esta instituição, uma vez que exercia a prática de isolamento e segregação de segmentos significativos da sociedade, que irão se apoiar as críticas originadas de um novo espírito moderno, surgido com a Revolução Francesa (Amarante, 2007), a partir da qual o hospital passará a ser uma instituição médica e a loucura, objeto exclusivo de intervenção da medicina. Trata-se do processo de medicalização do hospital, descrito por Foucault (1979).

O hospital passava então a assumir uma nova finalidade, a saber: o tratamento dos agora considerados enfermos, passando a ser regido por um projeto assistencial científico. Desta forma, o hospital é, por um lado, apropriado pela medicina e, por outro, constitui-se como o local privilegiado de produção de saber e práticas em medicina (Foucault, 1979), marcando, neste sentido, fortemente a medicina ocidental, que é ainda predominantemente hospitalar (Amarante, 2007).

Esta tradição médica fundada no hospitalismo, que encontra suas origens em Philippe Pinel e seu tratamento moral, é esclarecida por Amarante (2003) a partir do conceito de isolamento. O autor ressalta que isolar foi e permanece sendo, por um lado, um método por excelência das ciências naturais, que possibilitariam a observação do objeto em seu estado puro. Por outro lado, o isolamento também se constituía como um ato terapêutico, a partir do qual se poderia aplicar o tratamento moral, que basicamente “(...) consistia na soma de

princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões, e chamar a consciência à realidade” (Amarante, 2007, p. 33).

O isolamento, aqui, tinha como propósito uma suposta cura e não se tratava de um impedimento da liberdade, ao contrário, era somente a partir do isolamento que se poderia empreender um tratamento adequado, a partir do qual o doente mental recuperasse a razão, que então o permitiria recuperar a liberdade. É interessante ressaltar, como lembra Amarante (2003, 2007), que o mesmo Pinel que criou o conceito de alienação mental (que opunha loucura à razão), preconizou o isolamento como tratamento e que contribuiu para a objetificação da loucura. Além de ter sido médico e filósofo, foi um importante político do período revolucionário, tendo participado da elaboração da primeira constituição democrática republicana e da construção do moderno conceito de cidadania surgido no interior da Revolução Francesa, que, como sabemos, buscava a superação do estado absolutista.

Especialmente em função dos princípios libertários, republicanos, democráticos e igualitários da Revolução Francesa em que nasce o alienismo pineliano, seus princípios e estratégias ganham o mundo, tendo influenciado a construção de hospitais psiquiátricos em diferentes países. No Brasil, não foi diferente. O Hospício de Pedro II, inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro, filho do absolutismo político, passa a ser reivindicado em nome do saber médico, para poder contar com uma assistência baseada em princípios científicos, assim como para tornar-se um espaço de produção de conhecimento. (Amarante, 1994).

O processo de medicalização do hospital, ao ser analisado criticamente por Foucault (1979), foi compreendido como tendo sido operado a partir de tecnologia política, a disciplina. Segundo o autor, trata-se de uma técnica de exercício do poder, pela distribuição dos indivíduos no espaço, a favor de um controle sobre o desenvolvimento das ações e não sobre os resultados, gerando a vigilância perpétua e constante dos indivíduos, bem como o registro de todos os acontecimentos da instituição. A medicalização diz respeito à apropriação por parte da medicina de tudo aquilo que não é exclusivamente médico, e que pertenceriam às dimensões sociais, econômicas e políticas. Este modelo psiquiátrico também foi criticado por Goffman (1961), sociólogo que empreendeu uma análise bastante significativa nesta área, revelando o caráter do manicômio do que ele chamava de “instituições totais”, ou seja, instituições que serviam ao controle e à violência, e que encontram similares nas prisões e nos conventos. Para o autor, aquilo que a psiquiatria denomina “curso natural da doença” é, na realidade, a “carreira moral do doente mental”.

Desde os primeiros momentos de sua instauração, o alienismo já vinha sendo objeto de muitas críticas, especialmente porque nele se encontravam muitos paradoxos dos ideais

libertários da Revolução Francesa. Na prática, os asilos rapidamente tornaram-se superlotados e encontravam enorme dificuldade de estabelecer os limites entre sanidade e loucura, de modo que se tornava evidente sua função social de segregação de segmentos marginalizados da população, circunstância esta que, somada às constantes denúncias de violências contra os internos, logo tornou o hospital psiquiátrico e a psiquiatria sem credibilidade social (Amarante, 2007).

Assim, como tentativa de resgatar o potencial terapêutico da instituição psiquiátrica, nasce a proposta das colônias, inspirada numa prática natural de uma aldeia belga, Geel⁵. Seu modelo fundamental consistia na convivência fraternal entre os loucos e a comunidade, tendo o trabalho um valor decisivo na formação social burguesa como núcleo da terapêutica asilar. O Brasil encontrou adeptos fervorosos deste modelo e as primeiras colônias brasileiras, que são também as primeiras da América Latina, foram criadas logo após a Proclamação da República e multiplicadas até a década de cinquenta. Para se ter a dimensão de seu alcance, a colônia de Juquery, em São Paulo, chega a ter dezesseis mil internos (Amarante, 2007). Assim, as colônias logo se mostraram muito semelhantes aos asilos tradicionais, revelando-se grandes instituições asilares de recuperação pelo trabalho.

No Brasil essa história ainda é marcada pela tradição psiquiátrica alemã trazida por Juliano Moreira, que ocupou a direção da Assistência Médico-Legal aos Alienados de 1903 a 1930. A partir daí, o biologicismo passa a explicar não somente as doenças mentais, como também os aspectos étnicos, éticos, políticos e ideológicos de múltiplos eventos sociais. A psiquiatria, por meio da organização de movimentos de higiene mental, colocou-se ao lado do Estado em defesa de uma ação rigorosa de controle social que reivindicava para ela mesma maior poder de intervenção, objetivando “(...) a reprodução ideal do conjunto social que se aproxima de uma concepção modular de natureza humana. Um espaço eugênico, asséptico, de normalidade” (Amarante, 1994, p. 78).

Na década de trinta surge a Era dos Choques (choque insulínico, choque cardiazólico e eletroconvulsoterapia), que prometiam a tão procurada cura. Na década de quarenta, implementam-se modernos centros cirúrgicos nos hospitais psiquiátricos para a realização das

⁵ O misto de lenda e história de Geel teria se iniciado na Irlanda do século VI. Segundo ela, uma princesa de nome Dymfna, ao ser assediada pelo pai viúvo, refugia-se no interior da Bélgica. Ao ser encontrada, em função de sua forte convicção cristã, recusa-se a se entregar ao pai, tendo sido por ele decapitada em praça pública. Diz-se que um alienado que assistira a cena recuperou subitamente a razão. A princesa foi canonizada pelo Vaticano como a Santa Protetora dos Insanos. Desde então, passaram a ser organizadas romarias com familiares e seus loucos, provindos de toda a parte da Europa, em busca de cura milagrosa. Algumas famílias, que ainda não tinham obtido a cura, pagavam aos aldeões para que cuidassem de seus parentes até a festa do ano seguinte, de modo que a comunidade passou a adquirir um trato especial com os alienados, que nela se inseriam privilegiadamente pela via do trabalho agrícola (Amarante, 2007).

também promissoras lobotomias. Na década de cinquenta surgem os primeiros neurolépticos, que causam um furor farmacológico nem sempre tecnicamente orientado, quando não utilizados como mecanismo de repressão e violência ou para tornar as internações mais suportáveis e os enfermos mais dóceis (Amarante, 1994).

Será a partir da Segunda Guerra que a sociedade inicia um processo de críticas mais radicais ao manicômio, especialmente a partir de sua identificação com as condições de vida oferecidas pelos campos de concentração. Assim nascem as primeiras experiências de Reformas Psiquiátricas pelo mundo, que guardaram peculiaridades e diferenças importantes entre si.

Dentre as experiências mais significativas estão as Comunidades Terapêuticas surgidas na Inglaterra, que tinha como principal representante Maxwell Jones e a Psicoterapia Institucional francesa de François Tosqueles, que entendiam que o fracasso do modelo anterior consistia na própria forma de gestão do hospital, o que poderia ser solucionado pela introdução de mudanças na própria instituição. Posteriormente desenvolveu-se na França a Psiquiatria de Setor, oriunda da Psicoterapia Institucional, que teve como principal representante Lucien Bonnafé e a experiência americana da Psiquiatria Preventiva, desenvolvida por Gerald Caplan. Tais experiências compreendiam que o modelo hospitalar estava esgotado, mas que seu desmonte deveria ocorrer gradativamente. Apostavam na construção de outros serviços e ofertas que deveriam tornar obsoleta a estrutura hospitalar. Duas experiências foram, no entanto, ainda mais longe neste debate. Trata-se da Antipsiquiatria inglesa de Ronald Laing e David Cooper, que tem início no final da década de cinquenta, e da Psiquiatria Democrática italiana, de Franco Basaglia, cujo início está no princípio da década de sessenta. Ambas sustentaram uma crítica radical ao modelo científico psiquiátrico e entenderam que todo ele deveria ser colocado em cheque, inclusive suas instituições assistenciais (Amarante, 2007). Certamente a experiência italiana foi a que mais influenciou o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Voltaremos a ela mais adiante neste capítulo.

No Brasil, a implantação de um novo modelo ainda percorreu alguns entraves. No pós-guerra iniciaram-se as primeiras experiências de Reforma Psiquiátrica, cuja característica central era a de total marginalidade, ao ponto que, hoje, delas não se tem quase nenhum registro. Na década de sessenta, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o estado passa a comprar serviços psiquiátricos privados, tornando a doença mental um objeto de lucro e fazendo aumentar drasticamente o número de internações psiquiátricas. Posteriormente, tal modelo privatizante deflagra a crise institucional e financeira da

Previdência Social do início dos anos oitenta, levando o Estado a adotar medidas racionalizadoras e disciplinarizadoras do setor privado, bem como a reorganizar a assistência pública (Amarante, 1994).

Este é o período das lutas pela redemocratização do país que, especificamente na área da saúde, culmina com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios ainda se encontram em vigor pela Constituição de 1988. Deles se destacam as tendências à descentralização e municipalização das ações em saúde, a participação de setores representativos da sociedade na formulação e gestão do sistema de saúde, e também a definição de seu financiamento. Neste contexto, nasce, em 1987, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que lança o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, visando envolver a sociedade numa discussão sobre a loucura e as práticas assistenciais destinadas a ela, fundadas na desconstrução dos conceitos e práticas assistenciais psiquiátricas. Na prática, privilegiam-se experiências da chamada desinstitucionalização, que consistem na desospitalização e gradual experimentação de novas práticas assistenciais territoriais.

Desde então, vem se estabelecendo um conjunto de leis que incrementa a consolidação da Reforma Psiquiátrica como diretriz do Ministério da Saúde, visando a extinção gradual e progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços territoriais que objetivam, em linhas gerais, o atendimento clínico personalizado e a promoção da inserção social por meio de ações intersetoriais. O Brasil tem hoje experiências muito ricas e inovadoras em andamento, que permitem um amplo debate sobre os fundamentos e as práticas que sustentam a atenção em saúde mental.

2. A organização da rede de saúde mental e os CAPS

Gradualmente, no Brasil, vem-se implantando serviços de saúde mental que visam substituir o modelo de atenção calcado no asilamento. As experiências guardam muitas especificidades e diferenças entre si, que vão desde os aspectos sócio-culturais das distintas regiões, dos recursos disponíveis, da forma de gestão e de organização adotada, até as influências teóricas que marcam mais definitivamente cada um delas. Não nos cabe aqui empreender um tipo de análise comparativa que verse sobre a qualidade e a consistência dos serviços prestados, porque isto fugiria do tema em questão. Faz-se necessário, no entanto, marcar em linhas gerais como se organiza este novo modelo de atenção, ainda que reconhecendo as particularidades de cada experiência. Para tanto, tomaremos como base

principalmente uma publicação de 2004, do Ministério da Saúde⁶, que situa as diretrizes gerais deste novo modelo, especialmente no que se refere aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que, como veremos, assume um papel central de articulação da rede de cuidados.

Os CAPS são espaços de tratamento destinados a pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico que lhes impossibilita a realização de projetos de vida. São divididos pela especificidade da clientela que atende: os destinados à população adulta, à população infantil (CAPS Infantil - CAPSi) e a pessoas que apresentam transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (CAPS ad – álcool e outras drogas). Neste trabalho, estamos enfocando especialmente os CAPS que trabalham com a população adulta.

São divididos também de acordo ao tamanho da população de cada município, o que interfere no seu horário de funcionamento, bem como nos seus recursos humanos. Assim, temos os CAPS I (para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, com equipe mínima de 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro, 3 profissionais de nível superior: psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre outros, e 4 profissionais de nível médio: técnico de enfermagem, técnico administrativo, entre outros), os CAPS II (para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período de funcionamento até 21 horas, com equipe mínima de 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior e 6 profissionais de nível médio) e os CAPS III (para municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando diariamente, 24 horas, inclusive em feriados e finais de semana, com equipe mínima de 2 médicos psiquiatras, 1 enfermeiro, 5 profissionais de nível superior e 8 profissionais de nível médio).

Os CAPS são espaços que devem ser acolhedores de múltiplas demandas e organizados para oferecer atenção por meio de diversas modalidades de atendimento – tratamento medicamentoso, atendimento a grupo de familiares, atendimento individual a familiares, orientação, atendimento psicoterápico, oficinas terapêuticas, oficinas geradoras de renda, atendimento domiciliar, acompanhamento terapêutico e toda uma gama de atividades

⁶ Neste sentido, é importante esclarecer que estamos utilizando nesta parte do trabalho conceitos que são correntes neste campo, e que, por isso mesmo, aparecem nesta publicação do Ministério da Saúde, entre eles: vínculo, reinserção social, reconstrução dos laços, sofrimento psíquico, autonomia, cidadania, oficinas terapêuticas e tantos outros. Não estamos aqui empreendendo uma análise crítica de tais conceitos e de sua utilização, é apenas à guisa de uma comunicação comum neste campo. Vale, no entanto, apontar que a utilização de múltiplos conceitos, que não encontram necessariamente uma teoria geral que os articule, é uma característica bastante forte no campo da saúde mental, assunto que será melhor desenvolvido no parte 3 deste trabalho.

comunitárias – e contam, para tanto, com um espaço físico que possua salas de atendimento grupais e individuais, espaços de convivência, além de refeitório (são servidas refeições de acordo com o tempo de permanência no serviço), sanitários e, no caso dos CAPS III, quartos com leitos para a permanência noturna.

Entretanto, as atividades não devem ser desenvolvidas exclusivamente no interior dos CAPS. As idéias de reconstrução dos laços sociais e familiares, de autonomia e cidadania que marcam fortemente estes serviços, exigem que suas ações estejam integradas a uma rede de cuidados em saúde – envolvendo hospitais gerais, pronto-socorros, unidades básicas de saúde, programa de saúde da família, serviços móveis de urgência, entre outros –, bem como integradas ao campo intersetorial, envolvendo educação, trabalho, habitação, esporte, cultura e lazer. Os CAPS são, neste contexto, um articulador das distintas ofertas, e para sua viabilidade, em geral, são implantados segundo uma lógica territorial, localizando-se, desta forma, perto da população e dos serviços que irão compor a rede para a mesma.

A organização e oferta das distintas modalidades de atenção, incluindo aí a frequência e o tempo de permanência no serviço (que vão desde permanência diária, incluindo pernoite no caso dos CAPS III, até atendimentos pontuais com uma periodicidade pré-estabelecida), são realizadas a partir do que se denomina projeto terapêutico individual. Este é construído junto ao paciente (e sua família, cuidadores ou grupo social mais próximo), segundo as necessidades de cada caso, tratando-se, portanto, de algo necessariamente dinâmico. O desenvolvimento do projeto terapêutico individual está fortemente apoiado no vínculo estabelecido entre o profissional (ou a equipe ou outra instituição) e o paciente, a partir do qual se poderia permanentemente reconhecer e oferecer cuidados adequados às suas necessidades. Neste sentido, o trabalho fundamenta-se especialmente por um cuidado no cotidiano que poderá ser composto de maneiras distintas.

Para promover a atenção personalizada e formar vínculo, a equipe deve se organizar de um modo específico, o que pode ocorrer, por exemplo, pela organização dos profissionais em referências. Cada profissional cuida da elaboração e articulação do projeto terapêutico de um número de usuários, podendo acionar outros membros da equipe para realizar funções que julgue necessárias, assim como outros serviços e instituições de saúde ou não. A este profissional chama-se “referência”. Outro modo possível de organização é o de equipes de referência, onde um grupo reduzido de profissionais cuida da elaboração e da articulação do projeto terapêutico de um grupo de pacientes. Este modelo tem as vantagens de promover maior articulação do caso na equipe como um todo, de permitir discussões mais regulares da condução, bem como de propiciar uma rede mais ampliada de cuidadores reconhecidos como

tais pelos pacientes. Várias estratégias podem ser utilizadas para isto, entre elas reuniões periódicas dos profissionais que compõem a equipe de referência e dos profissionais com os pacientes da mesma equipe de referência.

A equipe como um todo, em geral, também se reúne com periodicidade para discutir desde os casos clínicos até a organização do espaço, do trabalho, das atividades. Além disto, as Assembléias – espaços que reúnem todos os profissionais e pacientes do serviço – são um dispositivo bastante utilizado para envolver os pacientes e também a equipe na gestão de cuidado cotidiano do serviço.

Entretanto, poderíamos e deveríamos nos perguntar em que propriamente se fundamentam as práticas nos CAPS (ou nos serviços que estão envolvidos de alguma forma na atenção em saúde mental). Muitas questões, naturalmente relacionadas às suas origens históricas, se apresentam como tensões neste campo. Trata-se de uma prática que visa mais o indivíduo ou mais um grupo social? Trata-se de uma clínica ou do que se chama Reabilitação Psicossocial? Estas questões serão examinadas a seguir.

3. A clínica e a Reforma Psiquiátrica

É certamente em Franco Basaglia que o Brasil encontra sua principal referência no empreendimento de sua Reforma Psiquiátrica. A experiência pioneira mais significativa, iniciada na cidade de Santos no final da década de 80, foi marcadamente inspirada na Reforma italiana. Basaglia empreendeu uma crítica radical ao paradigma psiquiátrico e seu método de abordagem à loucura, dando início a uma corrente de pensadores que buscam compreender de perspectivas diversas o fenômeno, a fim de construir uma prática assistencial que responda mais verdadeiramente às necessidades dos pacientes. É desta multiplicidade de saberes e práticas que se constitui hoje o campo da saúde mental.

O início da experiência transformadora concebida pelo psiquiatra italiano deu-se na cidade de Gorizia, com a implementação de projetos inspirados nas Comunidades Terapêuticas e na Psicoterapia Institucional. No entanto, com o passar dos anos e fundamentalmente a partir do contato com as obras de Michel Foucault e Erving Goffman, Basaglia (1968) passou a entender que o manicômio operava modos de reprodução da doença mental, que eram, por sua vez, também produto do saber médico-psiquiátrico, de modo que a instituição servia a si mesma, à custa da alienação da loucura. Assim, os problemas do manicômio não podiam ser combatidos apenas com medidas administrativas ou de humanização, tal como ocorreu com as Comunidades Terapêuticas e com a Psicoterapia

Institucional. A superação em questão era do próprio paradigma psiquiátrico, sobre o qual se sustenta a existência de um espaço como o manicômio (Amarante, 2007).

Franco Basaglia passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltados para a idéia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas que fundamentam a existência de um lugar de isolamento, segregação e patologização da experiência humana. (Amarante, 2007, p. 56)

Tais idéias ganham concretização especialmente na experiência de Trieste, no início dos anos 70, com a implementação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (Amarante, 2007). Se na instituição psiquiátrica destinada à cura dos doentes mentais, as necessidades dos pacientes eram sobrepostas pela eficiência organizativa necessária à sobrevivência da própria instituição, os serviços substitutivos deveriam entrar em contato com as necessidades reais dos pacientes, contrapondo-se necessariamente, neste sentido, com a instituição psiquiátrica (Saraceno, 2001).

Assim vai se delineando um projeto que se sustenta na desconstrução dos saberes fundados na ideologia psiquiátrica, visando à reconstrução da complexidade do fenômeno, que as instituições psiquiátricas haviam simplificado. Basaglia constrói as noções de “institucionalização” e “poder institucionalizante”. A primeira diz respeito ao complexo de danos derivados de uma longa permanência no hospital psiquiátrico que, regido sob princípios de autoritarismo e coerção, obriga a submissão do doente às suas regras, determinando sua perda progressiva de interesse num processo de regressão e restrição do eu. O poder institucionalizante é, desta forma, revelado pela objetivação dos internados nas regras que determinam o próprio funcionamento da instituição (Nicácio, 2003).

Laing, numa de suas famosas passagens pertencentes ao livro “O eu dividido”, de 1960, citando “Lectures on clinical psychiatry” de Kraepelin, autor considerado pai da psiquiatria moderna, revela como se opera este fenômeno de objetivação dentro da instituição psiquiátrica. Kraepelin então apresenta o paciente a seus alunos:

O paciente que hoje apresento a vocês entra na sala quase carregado, pois caminha com se estivesse montado, apoiado na parte externa dos pés. Ao entrar, atira longe os chinelos, canta em voz alta um hino e depois grita duas vezes (em inglês) “Meu

pai, meu verdadeiro pai!” Tem dezoito anos, é aluno da Oberrealschule (escola secundária moderna), alto, relativamente forte, mas de fisionomia pálida, onde surge a intervalos um rápido rubor. O paciente senta-se de olhos fechados, sem prestar a menor atenção ao ambiente onde se encontra. Não abre os olhos nem quando se dirigem a ele, mas responde começando em voz baixa e depois gradualmente aumentando o tom, até gritar bem alto. Quando lhe perguntam onde se encontra, responde: “Também querem saber isso? Direi quem está sendo observado, é observado e será observado. Sei tudo isso e poderia dizer, mas não quero”. Quando perguntam seu nome grita: “Como se chama? O que é que ele fecha? Fecha os olhos. Que é que ele ouve? Não compreende; não compreende. Como? Quem? Onde? Quando? Que é que ele quer dizer? Quando lhe digo para olhar, ele não olha direito. Você aí, olhe! Que foi? Que aconteceu? Preste atenção; ele não presta. Que foi que houve, então? Por que não me responde? Está ficando novamente atrevido? Como pode ser tão atrevido? Já vou! Eu lhe mostrarei. Você não quer se prostituir para mim! Nem seja esperto também. Você é um sujeito atrevido, sujo, tão atrevido e tão sujo como nunca vi. Já recomeçou? Você não compreende nada absolutamente, nada absolutamente, nada absolutamente ele compreende. Se seguir agora, ele não seguirá, não seguirá, não seguirá. Está ficando cada vez mais atrevido. Como prestam atenção, eles prestam atenção”, etc. E no final, ralha em sons quase inarticulados. (Kraepelin, 1905 apud Laing, 1960, p. 29 e 30)

Comentando a inacessibilidade do paciente em questão, Kraepelin afirma:

Embora compreendesse, sem dúvida alguma, todas as perguntas, não forneceu um só fragmento de informação útil. Sua fala era... apenas uma série de sentenças desconexas, sem qualquer relação com a situação geral. (Kraepelin, 1905 apud Laing, 1960, p. 30)

Sem entrar no mérito das teorias que orientam a escuta de Laing, é importante ressaltar que, para o autor, o sentido da fala do paciente parece bem claro. “Está com certeza estabelecendo um diálogo entre sua versão parodiada de Kraepelin e seu próprio *self* desafiador e rebelde” (Laing, 1960, p. 30), além de que “presume-se que ele se ressinta profundamente daquela forma de interrogatório realizada diante de uma sala cheia de estudantes” (Laing, 1960, p. 30 e 31). Neste sentido, afirma Laing: “Mas tais coisas não

seriam ‘informação útil’ para Kraepelin, exceto como ‘sintomas’ de uma ‘doença’” (Laing, 1960, p. 31).

Por isso, Laing enuncia a tese de que “o paciente padrão da psiquiatria é uma função do psiquiatra padrão e do manicômio padrão” (Laing, 1960, p. 28), revelando a função do manicômio na produção e reprodução do adoecimento, idéia que perpassa fortemente todo pensamento crítico em torno da manicomialização da loucura. O diagnóstico psiquiátrico, como aponta Saraceno (2001) se constrói não sobre a observação do doente, mas sobre o doente em confinamento, e sustenta uma prática também do confinamento. Conseqüentemente, o diagnóstico psiquiátrico desenvolve uma função de etiquetamento ou de estigma, como definiu Goffman (1988), que cumpre a função de assegurar uma profissão que nunca conseguiu dar uma resposta verdadeiramente significativa para a problemática da loucura.

Nesta direção, o projeto basagliano toma como fio condutor a idéia de desinstitucionalização que, neste contexto, significava interrogar as respostas científicas, institucionais e sociais à loucura, e produzir uma ruptura que se tornasse propulsora de novas compreensões e de novas práticas. Assim, a instituição a ser negada, para fazer alusão ao importante livro de Basaglia, é a própria psiquiatria, seus aparatos científicos, suas instituições e tudo o que ela ocasionou historicamente na formação de uma cultura social de exclusão e alienação da loucura.

Para Basaglia, considerando que toda instituição possui caráter coletivo, ela viola, num certo sentido, os projetos individuais, ainda que nela sempre exista também uma margem para a subjetividade, margem esta que, no manicômio, é anulada (Nicácio, 2003). Assim Goffman (1968) define as rotinas organizativas características das instituições totais:

Primeiro, todos os aspectos da vida se desenvolvem no mesmo lugar e sob a mesma e única autoridade. Segundo, cada fase das atividades diárias se desenvolve em contato estreito com um enorme número de pessoas, tratadas todas do mesmo modo e todas obrigadas a fazer as mesmas coisas. Terceiro, as diversas fases das atividades diárias são rigorosamente agendadas segundo um ritmo pré-estabelecido que as conduz de uma a outra, dado que o complexo de atividades é imposto por um sistema de regras formais explícitas e por um corpo de aderidos à sua execução. (Goffman, 1968, p. 117)

Desta maneira, o projeto de Basaglia assenta-se, sobretudo, na produção da liberdade dos asilados. *La libertà è terapeutica*, eram os dizeres que se encontravam grafitados nos antigos pavilhões de Trieste. O projeto de liberdade, entretanto, não podia ser ingênuo, pois a liberdade já não era estranha à própria história da psiquiatria. Retomando Foucault, Basaglia assinala que este era também o projeto pineliano, que desacorrentou os loucos, mas impôs a eles um esquema institucionalizante em que a liberdade também fora objetivada. Então, a liberdade não poderia ser uma dádiva, ou seja, a relação de força não poderia ser substituída pela liberdade cedida pelo “bom profissional”, ao qual o paciente continuaria submetido. Esta perspectiva sustenta o delineamento de novas relações entre as pessoas internadas, a equipe profissional e a sociedade como um todo (Nicácio, 2003).

A desconstrução do paradigma psiquiátrico deveria, pois, instalar sob uma mesma crise tanto os profissionais como a sociedade em geral, provocando a ruptura do sistema coercitivo-punitivo, a transformação da estrutura hierárquico-autoritária e a produção de uma intensa vida comunitária. Não se tratava da criação de um mundo ideal, mas da transformação da qualidade da interação que deveria incluir conquista, produção, conflito, participação, riscos, responsabilidade, reciprocidade e ampliação de possibilidades. Tratava-se de viver dialeticamente as contradições do real. Assim, afirma Saraceno (2003):

A empresa de Basaglia (...) é a de uma liberação do corpo, do corpo aviltado e mísero do internado, ao corpo social: uma empreitada por definição interativa entre o sujeito e o contexto. (Saraceno, 2003, p. 68)

Neste sentido, afirma Nicácio (2003), a desinstitucionalização, eixo do trabalho teórico-prático de Basaglia, como desmontagem de uma realidade construída sobre os ideais psiquiátricos, também inclui a construção e a invenção de uma nova realidade, por meio de um processo que é aberto e interminável. Para tanto, exige a participação de “(...) atores plurais, linguagens múltiplas, novas intervenções, ações que se tornam mais complexas no decorrer da própria prática, trabalhar com conflitos, ativar processos, produzir políticas, inventar possibilidades” (Nicácio, 2003, p. 107).

Desta forma, o campo da atenção em saúde mental vai se delineando como um campo que, tendo sido fundado na desconstrução de uma ideologia hegemônica, a saber, a psiquiatria, aposta numa multiplicidade de saberes e práticas, que visam privilegiadamente à sustentação de um corpo social em que haja espaços de trocas e negociações para todos, estabelecendo uma relação direta entre a saúde mental e a cidadania:

A cidadania plena, consciente, e a saúde mental são condições estreitamente ligadas entre si, e um déficit em uma das duas implica num déficit na outra: um indivíduo (ou um grupo) que não goze plenamente da cidadania é um risco para a própria saúde mental, assim como um indivíduo (ou um grupo) que não goze plenamente de saúde mental está em perigo com relação à sua plena cidadania social. A estreita relação entre cidadania e saúde implica que cada ação para a saúde (e para a doença) deve ainda ser ação para a cidadania. (Saraceno, 2001, p. 159)

Nesta linha, Saraceno (2001), analisando o fato de que especialmente na psiquiatria, entre os modelos e técnicas de tratamento e sua aplicação, existe sempre uma distância bastante significativa entre aquilo que se esperava obter e o que efetivamente se obtém, afirma que os instrumentos úteis no trabalho terapêutico serão sempre não padronizáveis, de tal forma que o modo de se organizar do serviço passa a ser o tratamento e as pessoas que dele participam, seus operadores. Disto dependerá a maior ou menor capacidade na criação e ampliação de espaços de negociação sociais que ofereçam oportunidades para todos.

Esta relação entre a saúde mental e as trocas no mundo social, de onde derivam a inserção nesta área dos conceitos de cidadania, reabilitação psicossocial, autonomia das práticas territoriais, reinserção social e outros que comumente ouvimos entre os trabalhadores de saúde mental, estabelece um campo do conhecimento bastante extenso, uma vez que tal relação pode ser pensada de diversas óticas. Talvez não seria demais dizer que o campo da saúde mental se estabelece numa crise de paradigmas, em princípio do paradigma psiquiátrico, mas se estendendo a tantos outros que de alguma forma dialogaram ou dialogam com a problemática da loucura. E, desta forma, assume a posição de um campo onde devem convergir múltiplos saberes e práticas, presentes no mundo social. Como afirmou Saraceno (2001), se o paradigma psiquiátrico operou um ocultamento dos recursos sociais, pela prática do confinamento, “o muro do manicômio a ser demolido é aquele que impeça de ver (e usar) outros saberes e outros recursos” (Saraceno, 2001, p. 98).

Se a crise instaurada sobre o paradigma psiquiátrico certamente trouxe muitas outras possibilidades mais interessantes de respostas à problemática da loucura, ela também apresenta atualmente uma grande dificuldade de comunicar e sustentar o que faz, como faz e para que faz. Dito de outra forma, se, por um lado, ela possibilitou inovações práticas bastante significativas, por outro, tais inovações não são suficientemente articuladas do ponto de vista teórico. Esta desarticulação se expressa bastante claramente no que concerne à questão da clínica.

A clínica se apresenta, neste campo, como uma questão fundamentalmente tensa. A Reforma Psiquiátrica inspirada na tradição basagliana operou um deslocamento da clínica, assim como operou um deslocamento da doença. Segundo Amarante (2003), considerando que a doença, nesta tradição, foi colocada entre parênteses, também a clínica deveria ser colocada entre parênteses.

É preciso notar que a clínica e a doença a serem deslocadas nesta tradição, são fundamentalmente aquelas derivadas da ideologia psiquiátrica, que operam a objetivação da subjetividade. Retomando Foucault (1977), em “O nascimento da clínica”, apreende-se a origem da palavra clínica, do grego *klinus* ou *klinikós*, que significa *leito* ou *cama* e contém ainda o sentido de *inclinarse* e, por extensão, *estar ao leito* no dia-a-dia da evolução da doença. Logo, o sentido originário da palavra se ocupa em valorizar a relação do observador com o objeto natural denominado doença (Amarante, 2003):

(...) a clínica nasceu de uma relação com a “doença” enquanto fato objetivo e natural, e da doença enquanto fenômeno institucionalizado, e por isso mesmo, enquanto fenômeno produzido e transformado pelo efeito da própria institucionalização (...). (Amarante, 2003, p. 58)

Segundo Amarante (2007), colocar a doença entre parênteses não pressupõe, dentro da tradição basagliana, a negação de uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Esta operação possui, antes, uma dimensão estratégica de “ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade, e terminou por objetivar e coisificar o sujeito e a experiência humana” (Amarante, 2007, p. 67). No mesmo sentido caminha a operação de colocar a clínica entre parênteses.⁷ Esta operação, que certamente tem seu valor estratégico, apresenta-se, no entanto, como um impasse no que concerne à organização de um campo teórico que fundamente as práticas.

⁷ Neste sentido, Amarante (2003), seguindo a compreensão de Franco Rotelli, que compreende a Reforma Psiquiátrica como um “processo social complexo”, define para ele quatro dimensões: um campo epistemológico, relativo à produção do conhecimento; um campo político-jurídico, relativo à rediscussão e redefinição das relações sociais e civis em termos de cidadania, direitos humanos e sociais; um campo sociocultural, relativo à transformação do lugar social da loucura, dimensão que expressa, na opinião do autor, o objetivo maior da Reforma; por fim, um campo técnico-assistencial, onde se pode localizar a clínica ou “as clínicas”, enfim, todas as técnicas terapêuticas. Com isso, o autor elabora a premissa de colocar a clínica entre parênteses, definindo-a como parte de um campo técnico-assistencial, o que nos parece bastante insuficiente.

Tal impasse é abordado por Saraceno, num artigo de 1996, intitulado “Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria”, em que o autor apresenta esta como uma situação que envolve riscos e que, então, deve ser transitória. O principal risco desta condição é o de que a prática venha a ser orientada por motivos ideológicos; entretanto, o autor desconsidera a possibilidade de pensar uma clínica que oriente as práticas, em função do risco da retomada de antigos modelos clínicos, especialmente os psiquiátricos, que produziram uma prática tão insatisfatória.

Este esvaziamento da dimensão da clínica, se não formava parte do projeto basagliano, como defende Amarante (2003, 2007), não pode deixar de ser reconhecido como fenômeno entre aqueles que partilham desta tradição. Tendo enfatizado prioritariamente as dimensões da política e do social, esta tradição caminha na busca de um modelo de orientação das práticas que supere a clínica.

Há, entretanto, uma outra posição dentro do movimento da Reforma, que considera haver na problemática da loucura uma especificidade que diz respeito à singularidade do caso, e que só é capaz de ser acolhida pela via da clínica, clínica esta mais predominantemente relativa à psicologia dinâmica. Naturalmente, este se apresenta como um ponto de tensão, elaborados por Campos & Furtado na seguinte passagem:

A clínica, por um lado, diz respeito ao caso tomado em sua singularidade. A saúde mental, por outro, diz respeito às ações políticas e eticamente orientadas, só que referidas a uma singularidade não individual, à singularidade de um grupo. Melhor dizendo, a saúde mental diz respeito às especificidades de um grupo social portador de um traço comum (no caso, a “loucura” e a exclusão social). (Campos & Furtado, 2005, p. 116)

Este ponto de tensão se expressa numa espécie de polarização entre o que se poderia chamar de uma “dimensão subjetiva” e de uma “dimensão social”, e se apresentam na prática em lacunas entre as muitas conquistas no campo político, jurídico, social e cultural que não foram acompanhadas por transformações nas formas de cuidar. Campos & Furtado (2005) observam que, neste contexto, as práticas voltam a se apoiar na pura aplicação de técnicas: se antes medicava-se, amarrava-se, confinava-se, agora conversa-se, passeia-se, faz-se artesanatos, reabilita-se, etc. Segundo Campos (2002), trata-se de modos de trabalho que se relacionam com o saber e com a prática profissional de maneira burocratizada, e que operam, por isto, necessariamente uma redução das pessoas em tratamento à condição de objeto, agora

de um novo modo, mais “politicamente correto”, engendrados num discurso aceito entre os ideólogos da saúde mental.

Neste sentido, Campos (2001) afirma que houve uma transformação do discurso da Reforma Psiquiátrica, no ímpeto pela superação dos manicômios, em discurso puramente ideológico, deixando de produzir desenvolvimentos clínicos que superassem o então modelo vigente criticado, a saber, o modelo clínico médico-psiquiátrico.

A clínica psicológica, de um modo geral, tem sido vista pelos partidários das tradições da Reforma Psiquiátrica como um reducionismo que se opera na terapeutização de uma problemática reconhecida como social. A psicanálise é, neste contexto, reconhecida pela legitimação da experiência da loucura, marcando, então, profundas diferenças com a psicologia acadêmica e com a medicina, e, por outro lado, criticada por reduzir a experiência da loucura a uma problemática individual, relativa ao sujeito do inconsciente, tradicionalmente concebida como uma problemática intrapsíquica:

Para o pensamento psicanalítico (...) a loucura tem legitimidade enquanto modelo patológico, contraponto de um modelo de saúde mental (de desenvolvimento da personalidade) que é pré-definido a partir de um modelo do aparelho psíquico. (Saraceno, 2001, p. 67)

Ao retomarmos o tema das psicoses ao longo do desenvolvimento teórico da psicanálise, cabe lembrar que a psicanálise freudiana é marcada pelo interesse em descrever e tratar patologias no âmbito da neurose. A histeria se constitui, dentro desta teoria, como o problema que serviu de modelo para todo o desenvolvimento teórico posterior, inclusive no que concerne a outras patologias.

É preciso notar, no entanto, que Freud não chegou a formular uma teoria acabada das psicoses. Em função de ter centrado seu interesse nas neuroses, as psicoses aparecem ao longo de sua obra como um tema marginal e para o qual a psicanálise não poderia oferecer muitos benefícios (Dias, 1998).

Só tardiamente, em 1924, posterior ao desenvolvimento de sua segunda tópica, Freud escreve mais específica e diretamente sobre o tema, embora saibamos que, desde 1914, no trabalho “Introdução ao narcisismo” – e em outros subseqüentes –, Freud vinha lançando as bases do que chegaria a ser sua teoria das psicoses.

Em termos gerais, Freud compreende os mecanismos das psicoses analogamente aos das neuroses, introduzindo apenas algumas diferenças, já que considera comum a etiologia entre as duas patologias:

A etiologia comum ao início de uma psicose e de uma psicose sempre permanece a mesma. Ela consiste em uma frustração, em uma não-realização, de um daqueles desejos da infância que nunca são vencidos e que estão profundamente enraizados em nossa organização filogeneticamente determinada (Freud, 1924, p. 169)

O que marca a distinção entre as neuroses e psicoses é o fato de que, nas primeiras, o ego, reconhecendo a necessidade de se adaptar à realidade externa, suprime fragmentos instintivos provindos do id, por meio da repressão; ao passo que, nas psicoses, o ego, pressionado como instância mediadora entre o mundo externo e o id, cede aos impulsos do id, gerando uma recusa da realidade externa. O que estaria em jogo na psicose, portanto, assim como na neurose, é a não aceitação da castração, do mundo externo, do princípio de realidade, ou seja, todas elas problemáticas decorrentes de conflitos internos em função do complexo de Édipo. As psicoses, assim como as neuroses, são descritas em termos de um jogo de forças no interior do aparelho psíquico. Este é, então, um pressuposto dentro desta perspectiva, assim como a existência de um mundo externo capaz de, desde o início, ser apreendido, percebido, recusado.

Depois de Freud, outros psicanalistas dedicaram-se ao tema das psicoses, entre os quais, dada a notoriedade que alcançaram, merecem destaque Melanie Klein e Jacques Lacan.

Impulsionada pelo reconhecimento de patologias derivadas de estágios anteriores à ascensão da genitalidade, para os quais a psicanálise ainda não havia produzido respostas, Melanie Klein dedicou sua obra, sobretudo, à compreensão e tratamento psicanalítico de crianças e psicóticos. O esforço kleiniano dirige-se no sentido de descrever um Édipo primitivo, que já ocorreria em termos pré-genitais, fundamentado na idéia de que, ainda que em termos parciais, a criança já possuiria um conhecimento inconsciente da figura parental combinada (Klein, 1928).

A situação edípica vivida em termos pré-genitais, segundo Klein (1935), traz ansiedades para as quais a criança, em função do ego primitivo frágil, não possui defesas elaboradas, tendo que lançar mão de defesas primitivas, tais como projeções, introjeções, e cisão do ego e do objeto. Tais formulações desembocam anos depois na elaboração da posição esquizo-

paranóide (Klein, 1946), na qual a natureza da vida primitiva é caracterizada pelo estabelecimento de um ciclo vicioso entre a projeção no objeto de impulsos destrutivos relativos à pulsão de morte, e a introjeção deste mesmo objeto que, tendo sido investido de destrutividade, se torna um perseguidor interno: os ataques feitos ao objeto retornam como ameaça de retaliação para o ego.

Em condição normal, o bebê vive estados de desintegração transitórios, que são superados, entre outros fatores, pelo fortalecimento dos impulsos libidinais ligados ao objeto externo, que promove, por sua vez, um objeto bom internalizado. De outro modo, em estados patológicos, o ego é incapaz de superar estados de desintegração, em função de que o sadismo assume prevalência sobre seus processos. Cabe ressaltar que a quantidade de sadismo, ao qual posteriormente também atribui sua teoria da inveja (Klein, 1957), assim como a capacidade maior ou menor do ego em se defender das ansiedades primitivas, são postuladas por Klein como inatas e, em última instância, são destes fatores que dependem a saúde do ser humano. De modo geral, a posição kleiniana diante das psicoses permanece, como em Freud, derivada de conflitos intrapsíquicos, por sua vez derivados da vivência da situação edípica, ainda que descrita em termos pré-genitais.

Jacques Lacan, psicanalista francês, empreendeu uma releitura bastante própria de Freud, propondo uma série de inovações teóricas para a psicanálise. Segundo o autor, o psicótico forcluiu⁸ a função paterna, que é designada como uma função de autoridade, relativa à castração, que permitiria o sujeito se orientar na ordem do simbólico, na ordem do social, na lei (Lacan, 1955-1956). Segundo Dor (1989), a teoria lacaniana da forclusão é a contribuição significativa que este faz à teoria freudiana no que concerne à superação fundamental da idéia de recalque, que não daria conta de explicar os fenômenos psicóticos.

Não tendo aceitado a castração, responsável pela interdição da relação incestuosa primeira com a mãe, o psicótico permaneceria colado ao desejo da mãe, o que o colocaria numa posição de alienado. Fora do registro simbólico, ele estará à mercê de um imaginário desestruturado, incompreensível, não consensual e impossibilitado de ser sujeito de sua linguagem: a linguagem passa a falar sozinha, retornando no registro do real, alheia ao sujeito, como uma vivência alucinatória.

Guardadas as peculiaridades de cada abordagem, podemos definir como traço comum a idéia de que o ser humano psicotiza porque não abre mão de seus anseios mais íntimos,

⁸ Forclusão é um termo empregado por Lacan relativo ao termo freudiano *verwerfung*.

pessoais, individuais, em função de objetivos sociais, culturais, pertinentes a uma realidade compartilhada.

Assim, se na psicanálise a ênfase está colocada no sujeito, que recusa ou que não se submete à realidade compartilhada e à vida social, nas tradições da Reforma Psiquiátrica se prioriza uma leitura que compreende o mundo social, historicamente, como produtor e reproduzidor da doença mental, operados por mecanismos sociais de exclusão. Portanto, as ações em psicanálise são sobre o sujeito. Ainda que se tratando de uma prática alternativa à interpretação clássica, ou seja, de uma prática que estabeleça certas mediações entre o sujeito e o mundo social, os modos de intervenção serão sempre prioritariamente sobre os sujeitos, que neste caso, devem ser confrontados com a ordem social e poder submeter-se e adaptar-se a ela. Por outro lado, as ações em saúde mental são orientadas prioritariamente sobre o corpo social, que deve ser capaz de incluir de outras formas a experiência da loucura.

Entretanto, já que se tem tornado inevitável a pergunta por um corpo teórico que oriente as práticas em saúde mental e que responda sobre a singularidade de cada experiência, existem muitas tentativas de articular a psicanálise ao campo da saúde mental. Quase que hegemonicamente, permanece-se utilizando de psicanálises que possuem os mesmos pressupostos naturalistas oriundos da obra freudiana. Isto implica necessariamente em muitas formas de incoerências e contradições teóricas, que certamente se apresentam como dificuldades na prática, nos serviços de atenção em saúde mental.

4. Possíveis contribuições do pensamento de Winnicott para as práticas em saúde mental

Embora longe de pretender esgotar tais questões, encontramos em Winnicott uma alternativa, que não versa sobre a loucura compreendida como produto da exclusão social, tampouco como uma problemática intrapsíquica. A partir deste horizonte teórico, encontramos uma compreensão da natureza humana em que se articulam, de um modo bastante particular, as dimensões do ambiente e do indivíduo (incluindo aí também seu corpo físico) inseridas no campo do viver, a tarefa humana por excelência. A partir disto, desenvolve-se sua compreensão de saúde e de doença, que dialoga e debate, ao longo de toda obra, com diversas áreas do conhecimento, em especial com a medicina e com a psicanálise tradicional, dada a própria história da formação de Winnicott: da pediatria, à psiquiatria e à psicanálise.

Desde o início de sua prática como médico pediatra, Winnicott já despertara para o fato de que a saúde não poderia resumir-se ao bom funcionamento dos órgãos e das funções. A

saúde, pensada nos termos em que ele propõe, a saber, relativo ao sentir-se vivo e real, não admitiria a separação entre o físico e o psíquico, procedimento intelectualmente possível, mas inteiramente artificial no que diz respeito à abordagem da natureza humana. A pediatria, tendo se atido somente aos aspectos físicos e fisiológicos do crescimento, tornou-se então insuficiente para Winnicott, que posteriormente iniciaria sua formação e suas atividades como psicanalista. Em linhas gerais, sua crítica à pediatria, que também se estende à psiquiatria, apóia-se no fato de a saúde, na medicina, ser pensada em termos de ausência de doença, que é, por sua vez, entendida como um mal a ser erradicado. De sua clínica pediátrica, desde muito cedo, intuía que uma criança fisicamente saudável poderia estar psiquicamente muito doente. Mais do que isto, para ele, uma doença física surgida em função de problemas emocionais não se configurava necessariamente como uma anormalidade, mas, muitas vezes, como um primeiro passo na direção da saúde⁹.

A saúde, tal como proposta por Winnicott, é compreendida como um estado complexo, que possui suas próprias exigências e que deve, por isto, ser pensado em si mesmo. Esta compreensão se apóia em um pressuposto que perpassa toda a obra winnicottiana, a saber, de que a vida é difícil em si mesma e de que o viver é, por assim dizer, a eterna batalha humana. Muitos estados considerados anormais, do ponto de vista físico e até mesmo psicológico, encontram seu sentido de saúde se compreendidos dentro da perspectiva maior do viver. A saúde inclui a doença e não se encontra em oposição a ela. O que se reconhece como doença é, neste contexto, a saída encontrada pelo indivíduo para manter-se em contato com suas necessidades mais prementes, um aspecto, portanto, da saúde, ainda que custe a paralisação do viver¹⁰.

Neste mesmo sentido, caminham suas críticas no que tange à psiquiatria clássica, para a qual o interesse esteve sempre focado na doença e não nos indivíduos em suas relações e sua história. Para Winnicott, os distúrbios psíquicos não podiam ser interpretados como sintomas de processos patológicos do organismo, relacionados a uma disfunção orgânica adquirida ou à transmissão hereditária. Tampouco a psique poderia ser reduzida à mente, localizada e compreendida a partir do funcionamento do cérebro. Este tipo de compreensão sustenta na psiquiatria um profundo desinteresse pela saúde, uma exploração biográfica do paciente, estática e nosográfica, que não articula os acontecimentos de sua vida com sua situação atual

⁹ O caso Philip, publicado no artigo “Tolerância ao sintoma em pediatria: relatório de um caso”, de 1953, ilustra muito bem esta questão.

¹⁰ Um desenvolvimento mais aprofundado do tema, no que tange às psicoses, foi realizado no item 4 do capítulo II deste trabalho.

de adoecimento, além de modos de tratamento que, de seu ponto de vista, eram inaceitáveis, entre eles especialmente as terapias de choque e a lobotomia, contra as quais se engajou numa verdadeira campanha, desde a década de quarenta, tendo escrito vários artigos sobre o tema¹¹.

Para Winnicott, a mente e a psique não são a mesma coisa e nem estão localizadas no cérebro. A mente, na perspectiva do autor, é descrita como um ornamento da psique, que é, por sua vez, relativa à elaboração imaginativa das funções corporais. Assim, a base da existência é psicossomática, ou seja, fundada na coesão entre psique e soma, que necessita, como substrato físico, do pleno funcionamento dos tecidos cerebrais, mas não é determinada por ele. A coesão psicossomática é uma conquista que se estabelece pela somatória de experiências no campo do viver. Deste modo, o mau funcionamento da mente diz respeito ao fato de ele não se encontrar assentado na coesão psicossomática, tornando-se, neste caso, uma ameaça à própria existência. Então, podemos apreender as razões de seu repúdio a intervenções que provocam mudanças irreversíveis no cérebro, na medida em que debilitam o substrato físico em que se assenta a elaboração imaginativa das funções corporais.

Disto também se apreende a forma como Winnicott inclui o corpo em sua teorização. O corpo que diz respeito ao indivíduo é aquele que foi elaborado psiquicamente, ou seja, o soma, processo que, como dissemos, depende do bom funcionamento do corpo no seu sentido físico, mas não é determinado por ele, de modo que a descrição de saúde e doença nestes termos leva a um reducionismo da questão. Não se trata, também, de negar a existência de distúrbios psicológicos relacionados a anormalidades físicas (por lesão ou alteração química no cérebro, de natureza hereditária, congênita, causada por doença infecciosa, por tumor ou processos degenerativos). A questão é que, a psiquiatria, ao detectar distúrbios orgânicos, debita aí todas as dificuldades do indivíduo, e não se atém aos aspectos que se revelam mais vitais ao indivíduo que o próprio distúrbio. Como bem sintetiza Dias (2003):

(...) [Winnicott] está interessado em pessoas e não em coisas dotadas de propriedades e que carregam em si determinações intrínsecas; sua questão é o sofrimento ou o aprisionamento das pessoas pela sua incapacidade de viver, e não as entidades, mecanismos ou forças que operam dentro das pessoas, a despeito delas mesmas, e que podem ser estudadas ao modo dos entes naturais e quantificáveis. É sempre possível esclarecer mecanismos de funcionamento da matéria viva, mas, ao fazê-lo, estaremos explicitando estruturas específicas dessa

¹¹ Encontrados na Parte 4 de Explorações psicanalíticas.

matéria, e isto não desvela de modo algum a essência da vida ela mesma. (Dias, 2003, p. 75)

Assim, na psicanálise, Winnicott encontra uma compreensão dos distúrbios psíquicos, que superam muito a velha idéia de entidades nosológicas. A partir de Freud, tais distúrbios são considerados segundo a história do indivíduo de um ponto de vista dinâmico e colocam para a psiquiatria, para além da somatogênese, a questão da psicogênese dos fenômenos psíquicos. Entretanto, a partir da metapsicologia freudiana, as doenças, e também a saúde, são descritas em termos do jogo de pulsões no interior do aparelho psíquico, permanecendo, deste modo, atadas ao modelo físico de psiquismo, cujo conceito central é o de força. Winnicott reconhece claramente neste tipo de teorização a herança das ciências naturais, que do seu ponto de vista operam a objetificação da natureza humana:

Existe um determinismo implícito em todo esse trabalho [de Freud], a premissa de que a natureza humana pode ser examinada objetivamente e que podem ser aplicadas a ela as leis que são conhecidas em Física. (Winnicott, 1958o, p. 20)

O conceito de pulsão, desenvolvido por Freud, repousa sobre uma tentativa teórica de articular o corpo e o psiquismo. Elas são por isso definidas como os representantes psíquicos das forças físicas, que, em conflito, põem em marcha o psiquismo. Para Winnicott, entretanto, o que põe a vida em movimento é o próprio fato de o indivíduo estar vivo e de haver alguém que responda satisfatoriamente por este fato. A tendência inata ao amadurecimento, e a existência de um ambiente que possa tornar este potencial um fato, não possuem determinações biológicas ou de qualquer outro substrato físico. Sem dúvida, os aspectos biológicos, que Winnicott trata como instintos, são condição para que qualquer relação humana possa ser realizada, mas isto não significa tomá-los como causa ou fundamento.

As diferenças de Winnicott com Freud perpassam, neste sentido, os próprios fundamentos teóricos¹² e têm implicações mais específicas no que tange à teoria das psicoses. Freud concebeu as psicoses a partir de categorias construídas para a compreensão das neuroses, a saber, derivadas de conflitos pulsionais internos, relacionados ao complexo de Édipo. Nestes moldes, a saúde é compreendida a partir de um estado de defesas do ego, sendo

¹² Loparic tem se ocupado deste tema em diversos trabalhos, chegando a propor a tese de que Winnicott promoveu uma revolução paradigmática no interior da psicanálise. Para aprofundamento do tema, ver Loparic (1995).

a rigidez destas defesas o indício do adoecimento, modelo que, para Winnicott, não chega a atingir os fundamentos do viver, como afirma ele na seguinte passagem:

Partindo, como fazemos, das doenças psiconeuróticas, e com defesas do ego relacionadas à angústia que surge da vida instintual, tendemos a pensar na saúde em termos do estado de defesas do ego. Dizemos que há saúde quando essas defesas não são rígidas etc. Raramente, porém, chegamos ao ponto em que podemos começar a descrever o que se parece à vida. Isto equivale a dizer que ainda temos que enfrentar a questão de saber sobre o que versa à vida. Nossos pacientes psicóticos nos forçam a conceder atenção a essa espécie de problema básico. (Winnicott, 1967b, p. 137)

Para Winnicott, o estudo das psicoses é o que pode fornecer os fundamentos da “questão de saber sobre o que versa a vida”. Não se trata da psicose compreendida, tal como a neurose, como uma problemática intrapsíquica, mas de um entendimento que incide sobre a constituição das bases da personalidade. Freud não chegou a formular uma teoria que desse conta das origens do ego. Sua posição neste ponto é um tanto ambígua: embora não tenha chegado a afirmar que o ego esteja em pleno funcionamento desde o início da vida, sua teorização certamente tomou-o desta forma. Ainda que seja um ego frágil de início, a ele é atribuída, desde sempre, uma função mediadora entre as pulsões provindas do id e as exigências do mundo externo, que colocam em marcha a vida psíquica.

Winnicott, tendo partido do pressuposto de que a personalidade não se encontra integrada desde o início, coloca em questão a capacidade do bebê de vivenciar, reconhecer e catalogar os instintos, assim como os eventos externos. A vida não versa sobre as relações entre o mundo interno e o mundo externo, que são conquistas mais avançadas do amadurecimento. A vida se estabelece gradualmente a partir de uma relação de cuidado, cujo protótipo é a relação inicial mãe-bebê, a partir do qual, se tudo corre bem, a personalidade se integra aos poucos no que pode ser chamado de eu¹³. Desta forma, para o autor, o estudo da saúde assim como da doença exige todo um exame das atitudes ambientais reais no campo do viver comum, ao que a psicanálise tradicional raramente se debruçou e, quando o fez, também não lhe deu as devidas conseqüências, tendo preferido ater-se a categorias abstratas, que terminaram por objetificar a vida.

¹³ O detalhamento deste processo, a saber, do amadurecimento em relação aos cuidados ambientais, foi realizado no Capítulo I deste trabalho.

Da perspectiva winnicottiana, as psicoses não podem mais ser pensadas a partir de uma problemática intrapsíquica, cuja intervenção se realiza sobre o sujeito. Elas são pensadas em termos de conciliações entre a imaturidade do indivíduo e as atitudes ambientais reais e, por esta razão, não podem ser entendidas como doença no sentido usual do termo. A psicose é, por assim dizer, a paralisação do processo de amadurecimento, pela ausência de um ambiente suficientemente bom, de modo que o quadro clínico varia de acordo com a atitude ambiental. Assim, o trabalho com psicóticos irá se apoiar na clínica do manejo, que, por definição, permite a utilização de *settings* ampliados, cuja característica principal não seja necessariamente a de especialização terapêutica¹⁴.

Neste ponto, retornamos à discussão empreendida pelas tradições da Reforma Psiquiátrica no que concerne aos modelos clínicos de tratamento destinados à loucura. Certamente, Winnicott compartilha em muitos aspectos de suas proposições críticas, especialmente como tais modelos clínicos servem à naturalização e objetificação do homem e da vida. Entretanto, nesta tradição, a clínica foi tomada como um paradigma a ser superado, especialmente pelo entendimento de que a doença mental, tendo sido historicamente construída por paradigmas objetificantes, operava no indivíduo o desapossamento de sua própria vida. Assim, doença e clínica deveriam ser colocadas entre parênteses, para que passássemos a nos ocupar da vida do sujeito, fundando uma prática que visa à transformação das relações sociais e seus modos de segregação.

Winnicott, por outro lado, certamente se inscreve no campo da clínica, não no sentido de uma clínica objetificante, mas no sentido de reconhecer plenamente o sofrimento relativo à dificuldade de se inserir no campo do viver. Ainda que seja esta uma problemática derivada de falhas ambientais, isto não impossibilita que ela seja descrita em termos da pessoa que se encontra às voltas com ela. Mais do que isto, para Winnicott, a pessoa necessita do reconhecimento de seu estado de adoecimento, assim como do reconhecimento pleno de seu direito de adoecer, uma vez que se trata de uma necessidade relativa à dependência, que não tendo sido bem atendida pelo ambiente permanece sendo uma necessidade.

Por isso, a inserção no campo do viver exige cuidados adaptados às necessidades das pessoas, que não podem ser conseguidos apenas por meio de um conjunto de transformações sociais, políticas, jurídicas e culturais. Certamente, tais transformações, em muitos aspectos, podem favorecer o trabalho com as psicoses, entretanto elas não dão conta, por si só, das

¹⁴ Este ponto será examinado em mais detalhes no capítulo seguinte.

necessidades pessoais do indivíduo de se constituir como pessoa capaz de um sentido de realidade de si-mesmo e do mundo.

A pergunta pelo sentido de realidade torna-se fundamental neste contexto. Winnicott, ao enfatizar a importância do ambiente externo, esclarece que, a princípio, este só é externo do ponto de vista do observador. O ambiente é, de início, subjetivo, ou seja, nem externo e nem interno, o que significa dizer que ele participa intrinsecamente da constituição do si-mesmo e que este é o único modo de acesso de que se dispõe no início da vida, ao sentido de realidade. Somente mais adiante no processo do amadurecimento outros sentidos de realidade são acessados, necessariamente apoiados por este primeiro sentido de realidade, que é subjetivo, até a capacidade de alcançar um sentido de externalidade e de internalidade, ainda assim, não inteiramente e nem sempre¹⁵.

Disto se apreende, por um lado, a impossibilidade de polarizar uma dimensão social e uma dimensão individual da existência, do que deriva que o fato, bastante explorado pelas tradições da Reforma Psiquiátrica, de que uma ação orientada para o social pode ser promotora de transformações no indivíduo. Por outro lado, as ações para o social, se não orientadas segundo as necessidades do indivíduo que, por definição, são relacionadas ao seu modo específico de acesso ao sentido de realidade, podem resultar completamente alheias a ele. Este é o ponto onde se inscreve a clínica, e que, tomado desta forma, pressupõe uma redefinição do trabalho em saúde mental.

O trabalho clínico a partir desta perspectiva visa fundamentalmente reconhecer, legitimar e suprir a necessidade que se apresenta. Isto tendo sido feito suficientemente bem, abre-se o caminho para outra etapa do amadurecimento, processo que gradualmente atingirá, como uma conquista inerente a ele, um sentido do que se chama socialização. Dito de outro modo, a ampliação gradual dos sentidos de realidade é resultado do próprio amadurecimento, que, por definição, inclui a atitude ambiental adaptada às necessidades do indivíduo. A socialização não pode ser uma diretriz do tratamento, ou seja, não pode ser tomada como algo que é visado, porque isto rouba do indivíduo a possibilidade de que esta se configure como uma conquista pessoal. O mundo que pode ser vivido como experiência real, lembra Winnicott, é uma criação pessoal que necessita, para isto, do encontro com um ambiente real. O mundo não pode ser imposto ou apresentado de um modo sofisticado demais em relação à capacidade individual de concebê-lo.

¹⁵ Para Winnicott, além da realidade interna e externa, quando estas já são aquisições do amadurecimento, faz parte da saúde uma terceira zona de experiência, relativa aos fenômenos transicionais que, por definição, não são nem internos, nem externos, mas dados num espaço “entre”, o espaço potencial. Este tema foi desenvolvido na Parte 2 do Capítulo I deste trabalho.

É preciso, portanto, ter muito cuidado com certos signos que se apresentam correntemente nas instituições de saúde mental. A premissa de socialização, compreendida uma capacidade de responsabilizar-se pelo outro, apresenta uma sofisticação do amadurecimento que está bastante longe das questões relativas à problemática das psicoses. A tão desejada participação social, inclusive em âmbitos políticos formais, pode atuar na promoção de um falso si-mesmo ou de outras formas defensivas de relação com o mundo, que em nada dizem respeito à subjetividade em questão, ao contrário, configuram-se como mais uma invasão.

Isto incide também sobre o cuidado dispensado aos estados mais regredidos, as chamadas crises, cuja duração prolongada é muitas vezes compreendida como uma inadequação do tratamento proposto, lançando o profissional numa busca de algum tipo de inserção social que faça frente a isto, o que, muitas vezes, o distancia das necessidades apresentadas pelo paciente. Aqui se unem as premissas de socialização e da internação como algo a ser evitado, especialmente, as de longa duração¹⁶.

Obviamente, não se trata de colocar-se a favor de um ou de outro procedimento de tratamento, mas de desconstruir certas ideologias, visando a possibilidade de pautar o tratamento nas necessidades reais dos pacientes, com uma instituição que responda a isto. Este é o tema do capítulo a seguir.

¹⁶ Para se ter uma idéia, nos CAPS III, em que existe infra-estrutura para permanência integral destinada a casos mais regredidos, esta pode ser realizada com o prazo máximo de dez dias. Este seria, por assim dizer, o prazo para que o sujeito saia do estado de crise e retorne à vida social.

Capítulo V

Contribuições da psicanálise winnicottiana ao campo da atenção pública em saúde mental

1. A instituição de saúde mental a partir da leitura de Winnicott

A idéia de instituição perpassa, num certo sentido, toda obra winnicottiana. O ambiente, parte intrínseca do amadurecimento humano, é fornecido, de modo geral, pela vida em família, a instituição humana por excelência. Os vários modos de relação com o mundo são providos naturalmente no interior da família, o que significa dizer que existe uma progressão na provisão ambiental fornecida pelo grupo familiar que, na saúde, é adaptada às necessidades da criança.

Logo no início, o bebê vive no mundo dos objetos subjetivos, de modo que a família corresponde simplesmente a uma extensão de si-mesmo, num estado ainda indiferenciado. Aqui, em geral, a mãe ocupa uma posição mais direta no que diz respeito aos cuidados, mas estes são bastante facilitados se apoiados pelo pai. Assim, visualiza-se a dimensão maior de um contexto, que corresponde ao estabelecimento de um sentido de lar (Winnicott, 1986d). Posteriormente a criança vai adquirindo outras capacidades e outros modos de relação com o ambiente, o qual, gradativamente, vai sendo percebido em sua objetividade. Neste sentido, a criança poderá utilizar o pai, assim como outros aspectos do ambiente, de novas maneiras (Winnicott, 1957o). Trata-se de uma mudança gradativa no sentido de realidade, o que não significa, contudo, que, uma vez tendo sido alcançado um novo modo de se relacionar, este se torne permanente. Tal processo contempla idas e vindas que, de certa forma, permanecem por toda a vida.

A criança precisa ser capaz de experimentar os vários tipos de relações objetivas num mesmo dia, ou talvez ao mesmo tempo, por exemplo: você pode ver uma criancinha aproveitando a relação com uma tia ou com um cachorro, ou uma borboleta, e pode ver que a criança não só está realizando percepções objetivas, como apreciando o enriquecimento proveniente da descoberta. Isso não significa, no entanto, que a criança esteja pronta para viver no mundo descoberto. A qualquer momento, a criança se mistura de novo com o berço, ou com a mãe, ou com odores familiares, instalando-se outra vez num ambiente subjetivo. O que estou tentando dizer é que são os padrões familiares da criança, mais do que qualquer outra coisa, que a abastecem daquelas recordações do passado, de tal modo que, ao descobrir o mundo, a criança sempre realiza uma viagem de volta – e essa viagem faz sentido

para ela. Caso seja a família da própria criança, então a viagem de volta não submete ninguém a pressões, por ser da essência da família que ela permaneça orientada para si mesma e para as pessoas dentro dela. (Winnicott, 1986d, p. 130 e 131)

Neste sentido, o que a família propriamente provê é a sustentação da coexistência de momentos em que a criança volta-se ao mundo e encontra objetos que podem ser percebidos com certa objetividade e de momentos em que ela retorna a um estado indiferenciado, do qual o mundo é apenas uma extensão do si-mesmo. O lar comum abarca todas estas idas e vindas com naturalidade, sem que haja nenhuma reivindicação significativa de que a criança permaneça em um ou outro estado. Este é o sentido da adaptação, único meio pelo qual a criança poderá encontrar ao mundo e a si mesma de um modo que lhe seja sentido como real e que, posteriormente, irá permiti-la “identificar-se com a sociedade sem um sacrifício muito grande do impulso individual” (Winnicott, 1996g, p. 70).

Bons pais comuns constroem um lar e mantêm-se juntos, provendo então uma razão básica de cuidados à criança e mantendo, portanto, um contexto em que cada criança encontra gradualmente a si-mesma (seu *self*) e ao mundo, e uma relação operativa entre ela e o mundo. (Winnicott, 1957o, p. 118)

A capacidade de reconhecer o mundo em sua objetividade de um modo pessoal é uma conquista que se inicia no estágio da transicionalidade. Ainda que se possa perceber intelectualmente, num outro momento, que o mundo não é parte da criação individual, esta sensação persiste por toda a vida e este é um aspecto da saúde: àquilo que nos faz sentir que o mundo nos diz respeito e que a vida vale a pena ser vivida. Assim, o mundo adquire, conforme diz Winnicott (1968i), um sentido de *playground* que é, por sua vez, uma extensão do lar.

Aqui estamos distinguindo dois modelos de ambiente, relativos ao próprio modo de ser da criança, que nos parecem fundamentais para a compreensão da função da instituição destinada ao tratamento de psicóticos: lar e *playground*. O primeiro diz respeito ao contexto como um todo capaz de uma adaptação que lhe permite configurar-se como extensão do si-mesmo e o segundo relaciona-se ao ambiente em sua função de espaço potencial. Lar precede e inclui *playground*, de modo que toda relação com o ambiente que inclua a percepção objetiva de um modo pessoal tem, como base e condição de existência, um tipo

indiferenciado de relação com o mesmo. Dito de outro modo, a existência do objeto transicional depende da manutenção da existência do objeto subjetivo, tratando-se, neste sentido, de uma sobreposição e não de uma substituição.

Assim, de início, o ambiente faz realmente parte do bebê e este aspecto persiste durante a vida, ainda que outros sentidos de realidade sejam alcançados ao longo do tempo. Uma vez que a etiologia das psicoses diz respeito a estes estágios mais iniciais do amadurecimento, a instituição comprometida com seu tratamento responde a estes distintos lugares.

Vale ressaltar que, a partir da tradição da Reforma Psiquiátrica, com os trabalhos de Foucault, Goffman, Basaglia e outros, a instituição foi enfocada, de maneira geral, como operadora de uma constrição da subjetividade. Winnicott ressalta o sentido da instituição como parte intrínseca da própria constituição da personalidade, o que, entretanto, tampouco pode ser descrita como representante da lei ou da castração na estruturação do aparelho psíquico, tal qual o fez a psicanálise tradicional. Desta forma, para Winnicott, a instituição precisa fornecer um contexto no qual seja possível uma vivência de dependência absoluta, da qual decorrem, posteriormente, outros modos de relação que acarretam uma utilização gradativamente maior do ambiente. Assim sendo, a socialização não pode ser compreendida como aquilo que devolve ao indivíduo sua identidade, da qual ele fora privado, ou, como parte estruturante do aparelho psíquico, cuja função se define por um balizamento dos instintos. Por isto, a socialização não é algo a ser objetivado no tratamento. Tampouco o estabelecimento de uma relação de dependência poderá ser compreendido como alienação do sujeito.

Retomando o exemplo da família, podemos dizer que ela não visa socializar seus filhos, mas, em primeiro lugar, que eles cresçam e que a socialização seja tanto uma conquista quanto uma necessidade pessoal decorrente do amadurecimento. Isto implica no reconhecimento da dependência, ou seja, da necessidade que o mundo seja apresentado em pequenas doses, capazes de serem abarcadas pela zona de experiência do bebê. Aí se localiza a instituição envolvida com o tratamento das psicoses, cujo modelo é assentado no funcionamento da família.

Por trás de uma família existe o reconhecimento da necessidade inicial da criança pequena de uma versão simplificada da sociedade, que possa ser usada para os propósitos do crescimento emocional essencial, até que o desenvolvimento crie na criança uma capacidade de utilizar um círculo mais amplo, e na verdade um círculo que se amplia cada vez mais. (Winnicott, 1996g, p. 70)

O fato essencial, que permite à instituição se configurar num contexto onde o amadurecimento possa desenrolar, é o de que ela se torne um ambiente confiável, cuja característica central é a previsibilidade. Muitas coisas acontecem no cotidiano de uma instituição, assim como na vida em família, mas, em geral, ela permanece funcionando no mesmo espaço, com as mesmas pessoas e com uma mínima rotina estabelecida, seja em função do horário das refeições ou de qualquer outra atividade que aí possa ser oferecida. Neste aspecto, a sua própria existência e funcionamento, em grande parte, já se configura como tratamento, uma vez que, ao psicótico, faltou uma experiência primária de lar satisfatória que é, neste contexto, compreendido como constituinte das bases da personalidade.

Não se trata, entretanto, de rotinas rígidas, de técnicas de cuidar rigorosas ou de uma imunidade ao erro. A confiabilidade é uma característica essencialmente humana e só se configura como tal exatamente por que é falível. A perfeição mecânica não comporta presença verdadeira e interesse genuíno, razão pela qual, dela não se pode tirar nenhum proveito (Winnicott, 1968b). Mães, analistas, cuidadores em geral cometem muitos erros e isto não é tanto o problema, se eles puderem ser reconhecidos como tal, por meio da manutenção ou reconstituição da comunicação, que, por definição, só pode ocorrer entre humanos. Afastando qualquer posição idealizada do analista, da mãe ou do ambiente como um todo, Winnicott coloca ênfase na capacidade de sobrevivência do ambiente, um aspecto silencioso da comunicação sob confiabilidade, que diz respeito à própria precariedade humana. Nas palavras de Dias:

No que compete àquele que cuida, sobreviver significa manter-se por conta própria, dar continuidade ao que se inicia; é fazer perdurar, preservando incólumes a qualidade da relação e do ambiente; é, sobretudo, não sucumbir às turbulências próprias do estar vivo e do amadurecimento – inclusive as que incluem destruição – de quem está sendo cuidado, ou seja, é permanecer consistentemente a mesma pessoa, com a mesma atitude, sem retaliação; significa não desanimar, não desistir da tarefa, não se vitimizar, não se tornar sentimental; manter, a despeito de seus próprios estados de ânimo, os cuidados com o bebê, ou com o paciente, orientados pelas necessidades deles e não por suas próprias necessidades. (Dias, 2002, p. 349)

Trata-se de uma questão que expõe àquele que cuida a sua própria precariedade e falibilidade, especialmente se levarmos em conta que o paciente psicótico, a partir da

necessidade de reviver a experiência traumática, fará, num certo sentido, com que o analista ou o terapeuta em geral falhe¹⁷. Todos os fenômenos relacionados à regressão, que podem incluir dependência extrema, agressividade sob muitas formas, transferência delirante, exigem muito do terapeuta como pessoa. Este é o sentido da precariedade humana que se faz necessariamente presente quando nos confrontamos com as dificuldades inerentes ao viver, a que, por assim dizer, estamos todos sujeitos. Por esta razão, Winnicott (1986f) afirma que não há lugar para hierarquias no confronto clínico e que a diferenciação das posições de quem cuida e de quem é cuidado é, muitas vezes, uma questão de convenção. Pode ser, por exemplo, que aquele que provê o cuidado encontre-se mais ou tão doente que aquele que se encontra na posição de ser cuidado, mas, a despeito de seus próprios problemas, uma vez tendo se colocado na posição de quem cuida, este deve aí permanecer.

A instituição pode revelar-se como de fundamental importância também no que diz respeito à sustentação dos trabalhadores na posição de cuidado. Ela possui uma estabilidade que excede a do profissional individualmente (Winnicott, 1965e) e se constitui, deste modo, como a provisão ambiental total, da qual, por um lado, tiram proveito os próprios pacientes, tal como desenvolvemos até então, e, por outro lado, pode ser capaz de facilitar enormemente a manutenção do contato do profissional com as necessidades específicas de cada caso. Logo, descortina-se um aspecto do trabalho em instituição que diz respeito às adaptações de seu funcionamento de acordo à particularidade das problemáticas, o que, por sua vez, só pode ser realizado por uma ou por um número reduzido de pessoas, as quais terão de suportar as tensões inerentes a este contato direto, promovendo consistentemente um cuidado que pode assumir muitas formas. Já que cada caso exige uma especificidade de adaptação, não é possível descrever este trabalho em termos de algo que pode ser estendido a todos os outros casos. Enfrentar o desafio do caso, manejá-lo de acordo às necessidades que se apresentam articuladas à provisão ambiental como um todo é então a tarefa do terapeuta¹⁸, tarefa esta que foi descrita por Winnicott (1965e, 1996b, 1996f) como trabalho ou atendimento de caso. No contexto histórico e cultural de sua prática profissional, este trabalho era, na maior parte das

¹⁷ Este tema foi desenvolvido na parte 3 do Capítulo III.

¹⁸ No que concerne ao CAPS, vale ressaltar que a articulação deste trabalho mais específico com a instituição como um todo incide sobre questões como organização do trabalho da equipe, planejamento, gestão e supervisão. Descrevemos aqui o funcionamento da instituição nos moldes da saúde, mas, assim como a família, a instituição pode adoecer de muitas formas e, por isto, dificultar muito o trabalho a ser realizado. Existem muitos trabalhos teóricos e práticos que se ocupam destes aspectos de distintas perspectivas, entretanto, embora reconheçamos a importância fundamental deste tipo de abordagem, o tema escaparia aos objetivos propostos para este trabalho, que talvez se restrinja a fornecer algumas contribuições para formulações posteriores neste sentido.

vezes, realizado pelos serviços de assistência social, mas esta nos parece também uma boa forma de descrever o que atualmente se chama em saúde mental de trabalho de referência, cuja função principal se define pela articulação e condução de um projeto terapêutico individual¹⁹.

Naturalmente, esta tarefa não se limita somente ao interior dos CAPS. É preciso notar que quando falamos de instituições comprometidas com o cuidado, não necessariamente estamos falando de instituições especializadas. Em alguns casos, a própria família ou o círculo social mais direto pode funcionar muito bem na provisão do cuidado, assim como outras instituições de naturezas distintas. Outros casos, entretanto, exigem manejos alternativos, temporários ou permanentes, seja porque existe no ambiente um elemento desintegrador, seja porque ele já se configure como uma ruptura em si mesmo. Nestes casos o que propriamente se precisa é de um novo lar, o que não necessariamente significa morar concretamente, mas, muitas vezes, também pode incluí-lo.

Isto traz à tona muitas questões relativas ao lugar dos CAPS como articuladores dos cuidados: o trabalho com a família, parcerias com outras instituições de saúde, a utilização da internação psiquiátrica, parcerias com instituições de áreas afins (trabalho, lazer, cultura, habitação, transporte, educação, etc.), relação com a comunidade vizinha e com a sociedade como um todo. Entretanto, pensar estas relações não significa tomá-las, como vimos, pela via da socialização. A partir de Winnicott, estas relações são pensadas pela via do cuidado relativo à provisão ambiental e da dependência como questão humana. Neste sentido, apresenta-se a necessidade de redescrição do trabalho sob outros fundamentos, o que desenvolveremos a seguir a partir da clínica do manejo e do uso ampliado do *setting*. Em seguida, apresentamos um caso clínico tratado em CAPS, articulando-o ao pensamento teórico de Winnicott.

5. A clínica do manejo e o uso ampliado do *setting*

Tendo fundado a clínica das psicoses como a clínica do manejo, Winnicott colocou ênfase, sobretudo, na forma de se comportar do analista, e sua capacidade de fornecer e manter um *setting* adaptado às necessidades do paciente. Nestes casos, ele diz, “(...) a provisão e a manutenção de um *setting* são mais importantes que o trabalho interpretativo” (Winnicott, 1989m, p. 77). Trata-se de um trabalho que, por um lado, demanda do analista um deslocamento de sua posição tradicional, “(...) um analista treinado fazendo outra coisa

¹⁹ Ver parte 2 do capítulo IV.

que não análise [tradicional] (...)” (Winnicott, 1984i, p. 93) e, por outro lado, admite que tais condições possam ser encontradas em quaisquer outros contextos sociais que não o da análise. Considerando que a necessidade de regredir do psicótico é algo que permanece, independente de quanto funcionalmente conseguiu organizar-se de maneira defensiva, se ele encontra um contexto que reconhece como confiável e, por isto, capaz de atendê-lo, poderá utilizá-lo para a satisfação desta necessidade. A este fenômeno cotidiano, e por vezes quase imperceptível a olhos corriqueiros, Winnicott chamou de autocura ou recuperação espontânea.

Um exemplo bastante claro deste tipo de situação é descrito pelo autor no texto “A mãe dedicada comum”, a respeito de um amigo seu, da época em que era estudante. Numa ocasião em que alguns jovens, entre eles Winnicott, procuravam alojamento num determinado local, ocorreu o seguinte:

Meu amigo, o poeta, que era muito alto e preguiçoso, e estava sempre fumando, caminhava por uma ladeira quando viu uma casa que lhe pareceu muito agradável. Tocou a campainha. Uma mulher veio à porta, e ele gostou da expressão de seu rosto. Então, disse: “Gostaria de alugar um quarto aqui”, ao que a mulher respondeu que tinha vaga, perguntando-lhe quando viria. Ele disse: “Já vim”. Assim, ele entrou e, quando a mulher mostrou-lhe o quarto, disse: “Acontece que estou doente, e preciso ir imediatamente para a cama. A que horas o chá será servido?” Meu amigo foi para a cama, de onde não saiu por seis meses. Em poucos dias, todos nós estávamos muito bem instalados, mas o poeta continuou sendo o favorito da proprietária. (Winnicott, 1987e, p. 3 e 4)

A psicose, lembra Winnicott, relaciona-se com a vida comum, tendo em vista que se colocam em questão a aquisição dos processos básicos que na infância saudável se configuram como conquistas naturalmente adquiridas em um ambiente que seja facilitador. Esta é uma das razões pelas quais o autor afirma que a psicose tem um vínculo mais estreito com a saúde do que a psicose, para a qual é realmente necessário um cuidado especializado²⁰. Assim, o trabalho terapêutico na clínica das psicoses “(...) vincula-se àquele realizado pelos que cuidam de crianças, pelos amigos, pela poesia e pelas atividades culturais em geral” (Winnicott, 1955d, p. 392). E, neste aspecto, ele pode ser realizado pelos muitos fenômenos curativos da vida cotidiana e não necessariamente por um trabalho clínico formal:

²⁰ Ver Capítulo II , parte 4.

Vemos que tais condições podem ser encontradas fora da terapia organizada, por exemplo, nas amizades, nos cuidados de enfermagem que podem ocorrer por motivos de doenças físicas, em experiências culturais, inclusive as assim chamadas religiosas. Uma família que continua a cuidar de uma criança fornece oportunidades para a regressão a uma dependência até mesmo intensa. Realmente, uma característica constante de uma vida familiar que esteja bem adaptada ao meio social é que essa oportunidade seja continuamente oferecida, com o intuito de restabelecer e enfatizar elementos do cuidado que inicialmente pertencem ao cuidado infantil. Vocês concordarão comigo que algumas crianças apreciam suas famílias e sua crescente independência, enquanto outras continuam a usar suas famílias de modo psicoterapêutico. (Winnicott, 1984i, p. 99)

Pela própria compreensão da natureza das psicoses, podemos vislumbrar uma clínica que não se faça em *setting* tradicional, ou, dito de outro modo, que possa fazer uso de outros contextos como extensão do cuidado. O *setting* analítico, aqui, cuja função principal é a de fornecimento e manutenção de um ambiente facilitador, ganha um sentido ampliado, se tais condições possam ser encontradas na vida cotidiana.

Dois motivos são claramente expostos por Winnicott para a utilização do *setting* de modo ampliado. O primeiro deles diz respeito à própria limitação que o *setting* tradicional pode apresentar na clínica das psicoses, já que a necessidade de um ambiente facilitador nestes casos não se limita ao tempo estipulado pelas sessões psicanalíticas e deve recobrir todos os outros momentos da vida do paciente. Neste sentido, Winnicott afirma:

No caso do paciente esquizóide ou *borderline*, este tema de como manejamos os contatos extratransferenciais torna-se muito uma parte de nosso trabalho com o paciente. (Winnicott, 1965vd, p. 172)

Isto está relacionado ao fato de que existem regressões à dependência cuja particularidade não permite que sejam tratadas nos limites do *setting* clínico tradicional. Nestes casos, a personalidade, quase como um todo, compromete-se com o processo, exigindo cuidados que extrapolam o *setting* tradicional, de maneira que o manejo deve contar com outras instituições (família, escola, instituições de saúde, internação psiquiátrica).

A obra de Winnicott, e outras com que ela dialoga, fornece bons exemplos deste tipo de trabalho, entre eles o caso de Renné, paciente esquizofrênica atendida por Marguerite Secheyne, que encontra citação na obra do autor mais de uma vez. A publicação do caso,

sob o título de “Autobiography of a schizophrenic girl”, que contém um relato autobiográfico da paciente e a respectiva interpretação psicanalítica realizada pela analista, mostra como a condução do caso exigiu todo um trabalho de manejo e de presença da analista na vida cotidiana da paciente. Outro exemplo, este de um caso atendido pelo próprio Winnicott, refere-se ao tratamento de Margareth Little – que encontra-se publicado numa autobiografia da mesma –, cujo processo exigiu, num momento de regressão, a necessidade de um estabelecimento de internação psiquiátrica.

Existem também casos publicados pelo próprio autor em que este relata e teoriza sua forma de utilização de outras instituições no manejo do caso. No caso Patrick, por exemplo, publicado no artigo de 1965 em “Um caso de psiquiatria infantil que ilustra a reação retardada à perda”, Winnicott relata o desenvolvimento da psicose num menino de onze anos, deflagrada pelo falecimento de seu pai num acidente, a partir do qual vem à tona toda a problemática que envolvia os cuidados mais iniciais fornecidos por sua mãe. Neste caso, Winnicott se utiliza da mãe, ainda que esta apresentasse muitas limitações com relação ao cuidado de seu filho, para provisão de um ambiente capaz de acolher satisfatoriamente a regressão a dependência de Patrick. Ele orienta que a mãe viaje com Patrick para um *cottage* que a família possuía num local de férias e orienta a família e intervém junto à escola do menino, no sentido da interrupção temporária de seus estudos durante o período que fosse necessário para sua recuperação.

O caso Kathleen, publicado em 1955 sob o título “Um caso tratado em casa”, também ilustra a forma como a família desta criança de seis anos se organizou para lidar com o adoecimento da menina. Neste caso, a família, segundo o autor, “havia se transformado num hospital psiquiátrico a serviço da menina” (Winnicott, 1955b, p. 192 e 193) e, em sua chegada para tratamento com Winnicott, logo identificou-se um movimento no sentido da recuperação a partir destes cuidados, de modo que Winnicott considerou que não podia fazer nada melhor tomando-a sob seus cuidados, assim como não poderia fazê-lo uma instituição para internação psiquiátrica, como era o pedido inicial da família. Neste caso, Winnicott atendia a mãe com a criança uma vez por semana, em sessões bastante reduzidas, com o intuito somente de fornecer suporte ao trabalho que já vinha sendo realizado adequadamente pela mãe e por toda a família. Winnicott também enviou uma carta às autoridades locais solicitando que não houvesse interferência de outras instituições (escola, assistência social, etc.), de maneira a proteger o ambiente de situações que poderiam se configurar como intrusivas.

O segundo motivo pelo qual Winnicott considera de muita importância a utilização de *settings* clínicos de modo ampliado, que está relacionado ao primeiro, diz respeito a um fator econômico da condução do caso, no sentido de que grande parte do trabalho pode ser realizado por atitudes ambientais que já estejam operantes e que, portanto, podem ser utilizadas a fim de diminuir a quantidade de trabalho especializado dedicado à situação. Este tipo de preocupação é claramente apoiado em sua própria experiência de trabalho em instituição e de sua relação com profissionais de outras instituições.

Winnicott teve longa experiência em instituições. Trabalhou por exemplo como psiquiatra consultor do Plano de Evacuação Governamental da Inglaterra, cujo objetivo era incluir crianças e adolescentes em lares ou instituições na ocasião da segunda guerra, experiência que lhe propiciou verificar amplamente o efeito no desenvolvimento emocional da provisão de novos ambientes. É preciso notar, no entanto, que tal experiência, a princípio, visava que as crianças evacuadas fossem alojadas em lares de pessoas comuns, o que se mostrou impossível para uma parte dessa população. Aquelas crianças que apresentavam problemáticas complexas, relativas à provisão ambiental inicial deficiente, não conseguiam adaptar-se aos lares, já que elas precisavam “(...) menos de substitutos para seus próprios lares do que de experiências de um lar primário que fossem satisfatórias” (Winnicott, 1947e, p. 63). Estas crianças foram enviadas a alojamentos que se prestavam à função de fornecer um lar primário, o que implicava em organizar um modo de gestão que “(...) já consistia em si-mesma, uma terapia (Winnicott, 1947e, p. 62).

A princípio, este projeto fora pensado como uma forma de capacitar tais crianças a serem realocadas num lar comum, hipótese que não se confirmou e que exigiu uma rediscussão dos objetivos da instituição, fortalecendo uma política de longa permanência e a idéia do tratamento residencial como terapia.

Esta experiência mostra, portanto, que o uso ampliado do *setting* não consiste somente em favorecer inserções no âmbito da vida social comum, senão a organizar espaços que possam fazer funções especializadas que, num certo sentido, pertencem e poderiam ser encontradas na vida comum, mas nem sempre o são. Dito de outro modo, a vida comum em família, em geral, oferece esta experiência primária de lar, entretanto, aqueles que não puderam vivê-la de modo satisfatório inicialmente e que, tampouco encontraram posteriormente na vida ambientes que pudessem suprir tais necessidades, necessitam de uma instituição que realize tais funções de modo especializado, o que não impede que ela possa também gradativamente articular, na vida comum, ambientes que funcionem como extensões do lar primário.

Caminha neste sentido também o desenvolvimento das Consultas Terapêuticas, relativo ao trabalho de Winnicott como médico-assistente do Padginton Green Children's Hospital por cerca de quarenta anos, experiência que lhe rendeu uma imensa quantidade de atendimentos clínicos. As consultas terapêuticas são uma modalidade de atendimento que levam em conta o fator econômico necessário ao desenvolvimento de um trabalho clínico em instituição versada sobre a psicanálise (Winnicott, 1971vc) e que possui grande eficácia com números reduzidos de sessões, considerando que haja um ambiente que esteja funcionando adequadamente (família, escola, etc.) (Winnicott, 1989d). Ou seja, é somente porque existe um ambiente operante que o trabalho especializado pode ser poupado.

Outro exemplo disto refere-se ao longo trabalho desenvolvido por Winnicott junto a agências de assistência social, a partir do qual pode apresentar, baseado em seus desenvolvimentos teóricos desde a psicanálise, uma proposta de trabalho nessa área que versava sobre o conceito de atendimento de caso, que se define como “um processo de solução de problemas” e descreve “(...) a função total de uma agência particular no trato de um determinado problema (...)” (Winnicott, 1965e, p. 177). A partir desta experiência define três classes de casos: aqueles integrados a partir do interior, em que o trabalho profissional dá subsídios a uma ação dos pais; aqueles que contêm um elemento desintegrador, que exigem o desenvolvimento de uma dinâmica que o contrabalance; e, por fim, aqueles que caracterizam uma ruptura ambiental já consumada, que exigem a organização ou reorganização de um ambiente (Winnicott, 1965e).

Assim, pretendemos fazer notar, por um lado, que muitos aspectos da vida social podem ser extremamente úteis para a organização de um tratamento com psicóticos e, por outro lado, não se trata de uma empreitada simples, razão pela qual exige, muitas vezes, instituições especializadas por um longo período de tempo. A constituição de um lar primário, questão que está colocada, de maneira geral, para as psicoses, exige previsibilidade e, sobretudo, sobrevivência a comportamentos que são, muitas vezes, destrutivos e bizarros, razão pela qual não são facilmente aceitos na vida social e suas instituições. Também vale questionar se estes deveriam ser aceitos, o que iria requerer que a sociedade como um todo fosse transformada em um hospital psiquiátrico.

O caminho que agora tomamos define-se pela responsabilidade no fornecimento de cuidados, o que pode incluir que estes sejam articulados na vida social, desde que hajam possibilidades reais, tanto do ponto do indivíduo como do ponto de vista social.

3. Um caso tratado em CAPS: manejo e uso de *settings* ampliados na instituição

Como forma de ilustrar a discussão que vimos empreendendo, apresentaremos um caso clínico tratado num CAPS de funcionamento 24 horas (CAPS III), o “CAPS Estação”, unidade do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, localizado na cidade de Campinas²¹.

Procuramos mostrar aspectos relativos ao manejo e ao uso ampliado do *setting* no trabalho em instituições, a partir de um caso e, portanto, de uma problemática específica. Naturalmente, muitos dos elementos aqui expostos podem ser utilizados para refletir sobre outros casos, entretanto, não é demais salientar que esta transposição não pode ser direta. Dito de outro modo, a natureza do manejo sempre se assenta num diagnóstico e, desta forma, na especificidade do paciente, bem como na especificidade do analista.

3.1. O caso C.

C., uma mulher de 34 anos. Chega a um CAPS após longos anos de vida errante pelo centro da cidade. Na ocasião de seu primeiro atendimento falava muito pouco, tendo somente reclamado de fraqueza no corpo, pedindo, por isto, remédios para conseguir ficar em pé. De sua história, pudemos ter acesso a poucos dados, porque apenas quem nos pode informá-la foi uma tia que residia em Campinas, cujo contato com C. fora nos momentos iniciais de sua infância e depois já no período da adolescência, quando já iniciava uma vida de errância, a partir da qual o contato fora interrompido muitas vezes e por longos períodos de tempo.

Esta tia contou-nos que C. era natural de uma cidade do sul do país, era a primeira filha de vários irmãos e sempre fora um pouco esquisita, não tendo conseguido, por isto, estudar. Logo após seu nascimento, a mãe foi hospitalizada por motivos de saúde mental, e C. fora amamentada pela tia. Quando criança, sempre fora muito mal-tratada pela mãe, que, segundo a tia, é uma mulher bastante explosiva e a obrigava, desde muito pequena, a assumir tarefas domésticas e a cuidar dos outros irmãos, o que realizava com muito afinco. Entretanto, sua condição incomodava bastante a avó materna, que residia em Campinas e sempre dizia de seu desejo de trazê-la consigo para poder proporcionar-lhe uma vida melhor. Quando C. possuía 11 anos, sua avó a levou então para Campinas, onde passou a residir. Por esta avó, após o aparecimento de sua doença, C. nutria momentos de afeto, mas também se sentia, em muitas ocasiões, bastante perseguida em sua presença e costumava apresentar episódios de agitação

²¹ Em anexo se encontram Parecer da Comissão de Ética da instituição acerca desta pesquisa e o modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi utilizado para obter a autorização do sujeito/paciente acerca da utilização do material clínico. O documento assinado pela paciente não foi anexado em função da preservação do sigilo quanto a sua identidade.

decorrentes desta aproximação. Por esta razão, segundo a tia, a avó não conseguiu realizar o projeto de cuidar de C.

Quando de sua chegada em Campinas, C. se apresentava sempre muito calada, muito trabalhadora e sem nenhum tipo de contato social, até que, pouco tempo depois, mais ou menos aos 13 anos, passa a apresentar comportamento errante pela cidade e já não consegue mais se manter inserida no âmbito familiar. Há histórico de uso de drogas, não muito preciso, mas provavelmente, *crack*. Durante seu período de errância engravidou três vezes, de pais desconhecidos. Seus filhos não são reconhecidos por ela como tal e são criados pela tia.

Nesta ocasião, viviam na casa que pertencia à tia de C., a avó, os três filhos de C., uma prima e um primo (filhos da tia). C. estava novamente tentando se inserir na família (como das muitas que tentara entre idas e vindas da rua), mas sua permanência lá passou a ser marcada por episódios de agitação e agressividade. Em concomitância, a tia também apresentava pouca tolerância e muita ansiedade, e tanto ela, como o restante dos familiares, exigiam e cobravam de C. um comportamento regrado (por exemplo, fumar fora de casa, mas não na rua, voltar na hora estipulada, etc.) Esse tipo de exigência a deixava ainda mais agitada.

A situação se agudiza uma semana após sua primeira entrevista no serviço e C., que pouco falava, nesta ocasião, gritava muito, dizendo que haviam bicho andando pelo seu corpo enquanto se auto-agredia violentamente. As tentativas de conter sua auto-agressão produziam agressões contra os terapeutas da instituição (tentava bater, jogava cadeiras, etc.), o que tornava o manejo bastante difícil. Qualquer toque era sentido como extremamente invasivo, bem como algumas aproximações que nem mesmo chegavam a tocá-la. Dada a complexidade da situação, C. teve indicação de permanência integral (inclusive noturna) no CAPS.

Nos primeiros dias de permanência no CAPS, C. mantinha agitação, apresentava risos imotivados, gritava com muito desespero, se auto-agredia, dizendo que haviam bichos andando pelo seu corpo, puxava os cabelos, se coçava incessantemente, fazia tentativas de agressão quando se sentia ameaçada (em geral, por uma aproximação que sentia como inesperada), se lambia ou passava saliva com a mão em todo o corpo durante todo o tempo, tinha muitas dificuldades em tomar o remédio²² e aceitar comida porque dizia que estavam envenenados ou estragados, o que exigia da equipe toda uma adaptação especial, segundo suas exigências, para a aceitação do remédio e da comida. Assim, os primeiros contatos

²² Para esclarecimento, a paciente vem utilizando, desde então, uma medicação anti-psicótica da classe dos atípicos e uma anti-psicótico de depósito, junto com um ansiolítico, uma medicação de ação anti-parkinsoniana e um estabilizador do humor (anti-epiléptico). Não nos deteremos sobre este ponto, pois nosso interesse está dirigido a outros aspectos do cuidado clínico.

possíveis com C. eram bastante concretos e se davam, essencialmente, pela via do corpo: aceitava alguns cuidados de higiene, especialmente os banhos, muito longos e vários por dia. Ela pedia muitas vezes para tomar banho, após o que se apresentava mais tranqüila. Muitas de suas graves agitações terminavam com um longo banho.

Uma semana depois do início de sua permanência integral no serviço, já apresenta uma melhora bastante significativa: diminui bastante as agitações, reconhece os terapeutas e outras pessoas do serviço, faz solicitações e conta que está gostando muito de ficar no CAPS. A família, com quem a equipe mantém sempre contato, rejeita a possibilidade de recebê-la em casa, mesmo com a melhora. Diziam da dificuldade que era cuidar de C., especialmente tendo em vista que já se encontravam muito sobrecarregados, uma vez que cuidavam dos três filhos que C. não havia dado conta de cuidar. Pediam que a equipe entrasse em contato com os pais de C. no sul do país, para que eles assumissem o cuidado dela. A equipe entendia que seria necessário um maior investimento na família, bem como um tempo maior de contato com C. para que estas questões pudessem ser esclarecidas suficientemente a ponto de serem encaminhadas.

Neste período, C. pede para passar uma noite em outro serviço²³ e é atendida. Entretanto retorna ao CAPS apresentando a reagudização dos sintomas e dizendo que não fora bem tratada lá. Mais alguns dias no CAPS, C. volta a se tranqüilizar e agora pede para morar no serviço (“Eu preciso, moça!”). Tem grande apreço pela rotina do CAPS, especialmente por um chá servido às três horas da tarde, o qual aguarda com muita expectativa e toma em grandes quantidades.

Diante da melhora de C., a equipe passa a programar com ela algumas licenças²⁴, o que lhe causa alguma hesitação. Diz que gostaria de ir, mas que não poderia porque a casa da tia é pequena ou porque seu primo não gostava dela e não permitiria sua presença lá. Ainda assim, após algum tempo, aceita uma licença, que foi combinada com a tia. Permanece lá por um final de semana e retorna dizendo que foi bem, mas que a tia não queria que ela ficasse lá, de modo que ela deveria morar no CAPS. A tia, por sua vez, contou-nos que ela ficou muito agitada na casa e que era impossível permanecer com ela nestas condições.

²³ O CAPS dispunha de leitos de retaguarda num outro serviço da mesma instituição (SSCF), o NAC (Núcleo de Atenção a Crise), ao qual podiam ser encaminhados pacientes para permanência noturna, seja por alguma especificidade do caso, seja por uma questão de falta de vagas. Neste período, o serviço estava lotado e havia se estabelecido uma rotina de um certo rodízio entre os pacientes que passavam a noite no NAC.

²⁴ As licenças consistiam numa permanência por um período determinado de tempo (um dia ou um final de semana) em casa, com o posterior retorno para a permanência integral no serviço.

Neste período, a equipe reconhecendo sua melhora e, considerando que há, nestes serviços, uma diretriz explícita de que as internações ocorram em tempo reduzido, começa, junto da família, um trabalho para efetivar a alta de C. da permanência noturna (continuará vindo ao CAPS diariamente), mas isto se impossibilitou tanto pela oposição da família em recebê-la quanto pela oposição da própria C. Chega-se a pensar, no âmbito da equipe, numa inserção da paciente num abrigo público para moradores de rua, dada a impossibilidade de retorno à casa da família. Segue-se um período em que a paciente apresenta-se muito isolada, voltam novos episódios de agressividade, os quais ela justifica dizendo que sua cabeça está zozna. Em geral, apresentava muita irritação quando fazíamos qualquer proposta no sentido de que ela fosse morar em outro lugar. Tal situação adia os planos da equipe.

Até este momento (um mês após sua inserção no serviço), minha participação no caso se dava pela via da equipe de referência. Mantinha um contato mais próximo com a paciente e por isto, quando da saída do serviço da profissional que ocupava a posição de referência individual, eu passo a ocupá-la²⁵. Início então um período de maior aproximação da paciente.

Destas aproximações, resultaram seus pedidos por roupas e calçados, por passear na minha companhia e por abraçar-me e apertar a minha mão seguidas vezes. Também, em geral, expressa um forte apreço pelos cuidados providos na instituição.

Segue-se um período em que C. se apresenta muito comunicativa, pede para abraçar as pessoas, alegra-se de cumprimentar dando as mãos a todas as pessoas que chegam no CAPS, permanecendo, para isto, longos períodos no portão do serviço. Este momento coincide com os passeios diários que realiza comigo e com mais duas terapeutas que mantinham, com ela, bom contato. Passo a relatar estes atendimentos na rua:

As primeiras saídas não eram muito tranqüilas. C. às vezes se agitava por assustar-se com alguma movimentação na rua e tentava agredir pessoas e as terapeutas, situação que eventualmente acontecia inclusive dentro do CAPS. Por exemplo, numa situação em que

²⁵ A equipe deste CAPS adota, como forma de organização, o modelo de equipe de referência. Consiste na subdivisão entre os profissionais em pequenas equipes que se responsabilizam pela elaboração e condução do projeto terapêutico de um certo número de pacientes. A equipe de referência é composta levando em conta as categorias profissionais. Neste caso, compunham a equipe de referência um médico-psiquiatra, três profissionais de nível universitário (psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais ou outros) e quatro profissionais de nível técnico (auxiliares e técnicos de enfermagem). Desta organização, se produz uma nova subdivisão entre os profissionais de nível técnico. Cada um deles é responsável pelo acompanhamento mais direto de um certo número de pacientes dentre os totais da equipe de referência, a que chama-se de referência individual. No caso de C., a princípio, minha inserção se dava pela via da equipe de referência. Após a saída da profissional que a acompanhava como referência individual, cerca de um mês após sua inserção no serviço, assumi também esta posição no seu tratamento.

havia funcionários descarregando garrações de água no CAPS, ela agride um deles e depois diz que “um homem havia chutado sua cabeça e deixado um lado dela amassado”.

Pouco a pouco, C. passava a ficar mais tranqüila na rua. Pedia sempre para que comprássemos refrigerante. Ela escolhia sempre o mesmo e pedia à atendente da lanchonete que o passasse na água, a fim de não ficar tão gelado. Para tomar o refrigerante, precisávamos, como pedia ela, caminhar devagarzinho e por um certo local da rua que ela escolhia, em geral, um local com menos circulação. Também gostava de sentar-se numa pracinha bastante tranqüila perto do CAPS. Várias foram estas saídas, quase sem falas.

Mais adiante neste processo, quando íamos buscar dinheiro na caixinha do CAPS para seu refrigerante, ela já vinha dizendo “Fala pra elas darem, que é para a C. comprar refrigerante”²⁶, bastante satisfeita com esta possibilidade. Também, durante as saídas, passa a procurar por espelhos retrovisores de carros e vidros mais escuros que pudessem refletir sua imagem. Olha-se, arruma-se e faz alguns comentários a respeito de suas características físicas. Pouco a pouco, passa a pedir por contatos corporais (abraços e caminhar de mãos dadas) e também estabelece algumas comparações entre suas características físicas e as minhas, solicitando meu reconhecimento para isto. “Seu olho é preto igual ao meu, não é? Deixa eu ver? Deixa eu ver de novo?” “Seu cabelo é comprido e o meu é curto, não é?” Isto se repete muitas e muitas vezes.

Segue-se um período em que começa a falar mais. Dizia que ela possuía carros bonitos, iguais aos que víamos na rua durante os passeios, entre outras coisas, no “tempo”. Numa destas ocasiões, ela diz: “É bom ter coisas, antes eu achava que não tinha nada. Se a gente não fica sabendo de nada, depois fica passando mal sozinha. Também não é bom ficar sabendo de tudo, eu não consigo enxergar tudo”. Também passa a perguntar: “O que é gente? Eu sou gente? Você é gente?”

Este período coincide com sua aceitação da realização do pedido de seu auxílio doença. Anteriormente, quando abordávamos esta questão com C., ela se recusava a fazê-lo, dizendo: “Eu não quero ter nada, porque senão posso ser roubada”.

C. ainda permanecia em tempo integral no CAPS. Sua aceitação em ir para a casa da tia era esporádica, assim como era esporádica, ainda que gradativamente maior, a aceitação da tia em recebê-la. Esta era atendida com frequência por mim e por outros profissionais da equipe no CAPS, situações em que falava de suas dificuldades, em especial, as que encontrava na relação com C. Desta forma, organizávamos algumas licenças, sempre

²⁶ Note-se que ela fala sobre si na terceira pessoa.

considerando as possibilidades que se apresentavam a partir dos atendimentos com a tia e com a própria C.

Em uma destas licenças, a tia de C. telefonou para o CAPS avisando que C. havia saído de casa sozinha, o que nos preocupou bastante. Entretanto, algum tempo depois, C. chegou ao CAPS dizendo que havia dado um passeio em uma feira de artesanato da cidade, local onde permaneceu bastante tempo no seu período de errância. Assim, inicia-se um período em que passa a fazer, sozinha, passeios freqüentes pela cidade, voltando com assiduidade para o horário do chá (às três da tarde). Em geral, volta com dinheiro que pede na rua e com coisas que compra com esse dinheiro (cigarros, chá, macarrão, etc.). Solicitava que a equipe guardasse esses pertences no CAPS e, com freqüência, utilizava a cozinha do serviço para preparar os alimentos que trazia, os quais, muitas vezes, oferecia com satisfação para as pessoas que lá se encontravam.

Seguiu-se, deste modo, um período em que C. fazia um uso cada vez mais ampliado da instituição e de outros recursos da vida social, ou seja, ainda que permanecesse na instituição numa condição de “moradora”, sua possibilidade de acesso a outras atividades, outros lugares, outros contatos, ia se ampliando. Concomitantemente, os profissionais agora a acompanhavam na retirada de seus documentos para a realização de seu pedido de auxílio-doença. Ela não possuía nem mesmo certidão de nascimento, e todo esse processo, que exigiu muito tempo, significou muito para ela.

A partir do momento em que C. passou a receber o dinheiro relativo ao auxílio-doença, o tema da alta²⁷ começou a ser trabalhado com mais intensidade. Certamente, não foi um trabalho linear: havia momentos de aceitação por parte de C. e outros em que se recusava terminantemente a falar sobre o assunto. Também a tia expressava muito receio de recebê-la em casa, ainda que apresentasse uma permeabilidade muito maior ao convívio com C. A tia, agora, além de recebê-la em casa para as licenças com mais tranquilidade, fazia visitas mais freqüentes a C. no CAPS. Por vezes a convidava para ir para casa, dizendo que lá também poderia lhe oferecer um chá, já que C. se recusava, justificando que precisava ficar no CAPS para tomar chá. Em conversas comigo, a tia agora falava com freqüência de seu afeto por C. e de seu desejo de poder cuidar dela, embora se sentisse impossibilitada de fazê-lo, por toda sua condição de vida. C. também, muitas vezes, pedia para telefonar para a tia e, nesses telefonemas expressava seu afeto por ela dizendo que gostava muito dela e que sentia

²⁷ Quando falamos de alta, referimo-nos à alta da permanência noturna. Os CAPS, em geral, são um serviço que se propõe a um atendimento prolongado, porém, em regime diurno.

saudades. Entretanto, continua se recusando a ir morar lá, justificando-se da seguinte forma: “sempre que vou, minha tia fica querendo me trazer de volta”.

Diante dessa situação pensávamos em alternativas, entre elas, a de que alugasse, com o dinheiro que recebia de seu auxílio doença, um quarto numa pensão localizada perto do CAPS, o que possibilitava fácil acesso ao CAPS durante o dia e também uma assistência da equipe durante a noite, caso fosse necessário. Esta possibilidade tinha uma boa aceitação por parte de C., embora, claro, com muitas idas e vindas. Desta forma, nessa ocasião, chamei sua tia para conversarmos a respeito desse projeto. Nesta conversa, a tia se posiciona contrária ao projeto, dizendo que sentiria muito em deixá-la vivendo sozinha e que, neste caso, preferiria que ela fosse viver em sua casa. C. mostra-se muito satisfeita com este posicionamento da tia e aceita de pronto ir para a casa dela, disponibilizando-se inclusive em ir naquele mesmo dia, ao que não me opus, tendo feito apenas recomendações de que viesse diariamente ao CAPS. Nesse momento, C. desistiu, dizendo que havia mudado de idéia e que não iria mais. Houve então certa insistência de minha parte, reassegurando, entretanto, que ela viria ao CAPS diariamente. Ela então me perguntou: “Mas você vai continuar sendo minha psicóloga?” Fiz todos os reassseguramentos possíveis na ocasião e ela convenceu-se de ir, embora um pouco brava: “Se eu não posso morar aqui, então nunca mais venho!” Antes de ir, disse também que talvez pudesse ir ao CAPS uma vez por semana no máximo. Disse-lhe que ela poderia voltar sempre que quisesse e já na manhã do dia seguinte estava lá, conforme acontece todos os dias até hoje.

De sua inserção no serviço até sua alta da permanência noturna, passaram-se 11 meses, e de sua alta até o presente momento, 20 meses. C. nunca mais precisou de internação e continua apreciando sua rotina no CAPS, assim como os passeios diários que realiza e a possibilidade de guardar coisas suas no serviço, necessidade que gradativamente se torna menor. Ainda necessita de certa intermediação nas relações com a família, mas agora com relação a questões bastante pontuais.

3.2. Discussão

É relativamente comum em instituições de tratamento como esta, que não se consiga obter dados muito precisos da história dos pacientes. Trata-se de pessoas, que por sua própria problemática de vida, não podem fornecer dados objetivos de sua história, tampouco uma história pessoal e subjetiva. A falta essencial de uma verdadeira relação com o mundo, não lhes permite um sentido de existência a partir do qual organizar uma história. O mesmo ocorre no que diz respeito às pessoas que cercaram e que, num certo sentido, funcionaram

como ambiente. Seja por uma inconstância dos laços familiares, seja pela impossibilidade de se manterem em contato, as pessoas que formam o ambiente, em geral, também têm muito pouco de história para contar.

Os dados que pudemos obter do caso de C. foram escassos e imprecisos. Deles, entretanto, já se pode presumir uma esquizofrenia desde muito cedo. O relato de uma “esquisitice” que C. apresentava desde criança e os maus tratos infligidos pela mãe, que era, por sua vez, uma paciente psiquiátrica, caminham neste sentido. A pouca história nos interessa também para diagnóstico no sentido de que ela revela a própria condição de falta do ambiente. Considerando que a psicose está intimamente relacionada com a atitude ambiental, o diagnóstico, segundo Winnicott (1953a), sempre deve levar em conta o funcionamento do ambiente ao longo do tempo. Isto também se aplica ao contexto do tratamento, a partir do qual se tornou possível reconhecer gradativamente as necessidades mais prementes de C., confirmando a hipótese diagnóstica inicial.

Podemos dizer que para C. faltava, como diz Winnicott, chegar a possuir um lugar a partir do qual operar (Winnicott, 1955d, p. 388). Uma história precisa de um “ponto de partida”, conquista que culmina no estágio do Eu sou, com o estabelecimento de uma identidade unitária. Para C., entretanto, faltava um longo percurso para tal aquisição, percurso este que, segundo Winnicott (1988), se não for sustentado pelo ambiente, numa relação de dependência, expõe a pessoa a vivências de agonias impensáveis. Estas apresentam algumas formas de descrição, entre elas, a perda da residência no corpo, a ausência de orientação e o espalhar-se em todas as direções, parecem ser bastante apropriadas para o que se passava com C. Tal problemática parece se exprimir, neste caso, numa história de mais de 20 anos de vida errante. A errância não tem “de onde” nem “para onde”, é apenas um vaguear que revela a falta essencial de um lugar.

Segundo Winnicott (1986d), os processos iniciais de integração que levam à aquisição de uma identidade unitária são, na saúde, conquistas que se estabelecem naturalmente no interior da vida cotidiana em família. Isto nos possibilita pensar que no caso de C. não houve um ambiente que respondesse satisfatoriamente por um tempo suficiente para que tais conquistas essenciais se efetivassem minimamente. Embora não tenhamos dados da história mais inicial, sua história de mudança para a casa da avó apresenta alguns elementos que caminham neste sentido. A atitude da avó contempla um reconhecimento da inadequação do contexto em que C. vivia e, portanto, revela um estado de preocupação que poderia dar lugar à sua existência, tal qual, como afirma Winnicott (1958n), a mãe é capaz de manter em existência o bebê por ser ele objeto de sua preocupação. É interessante notar que o

adoecimento mais visível de C. se dá na ocasião desta mudança, o que nos faz pensar na hipótese de um movimento de regressão em função de uma nova provisão ambiental (Winnicott, 1955d). Entretanto, ainda que esta hipótese esteja correta, o fato é que a avó muito dificilmente teria meios de lidar com os efeitos de uma regressão como esta, de tal forma que o que se produziu foi uma nova interrupção dos cuidados.

De maneira geral, a atitude do novo grupo familiar, desde a inserção de C. no CAPS, apresentava pouca tolerância e certa desistência com relação a C. Sua tia era a única pessoa do grupo familiar que se disponibilizava, ainda que com muitas restrições, a participar de seu tratamento no CAPS. De início sua participação se restringia a reclamações, especialmente pelo fato de C. não se submeter às regras e às exigências que ela estabelecia para a permanência em sua casa. O fato é que tais regras e exigências eram bastante sofisticadas em relação às possibilidades de C. Uma vez que não possuía um sentido de tempo, de espaço e do próprio corpo minimamente estabelecidos, não podia saber o lugar certo de fumar, a hora combinada de voltar para casa, etc. Pode-se dizer que este tipo de exigência tinha qualidades externas demais para C. e configuravam-se como invasões, às quais ela reagia com agitação e agressividade. A família, por sua vez, interpretava tal situação como desobediência, e ficava cada vez mais reativa a presença de C. na casa.

Assim, vai se tecendo uma longa história de errância, que inclui inúmeras tentativas por parte de C. de nova inserção na casa. Tais tentativas podem ser entendidas pela existência de um certo registro com relação aos cuidados oferecidos, em algum momento da história, por este grupo familiar, o que, entretanto, não se sustentava no decorrer do tempo.

O fato de a família tê-la trazido ao CAPS tampouco pode ser lido necessariamente como uma nova tentativa de prover cuidados. O caso é que C. chegou à instituição incidentalmente. Ela estava na rua e fora confundida com uma paciente que havia fugido de um hospital psiquiátrico localizado numa cidade vizinha. Uma ambulância a levou então para este hospital que, ao se dar conta do equívoco, teve que identificar a paciente e procurar por seus responsáveis. Desta forma, chegaram até sua família e a devolveram, tendo feito recomendações de que eles procurassem um serviço de saúde mental, neste caso, o CAPS que era referência para a região onde moravam.

Assim C. chega ao CAPS com o pedido da família, nada incomum, diga-se de passagem, de que “déssemos um jeito nela”. Este tipo de situação, que muitas vezes causa irritação na equipe, precisa ser compreendido de acordo com as dificuldades reais da família, tanto de ordem social e econômica, quanto psicológica. Compreender, aqui, não significa que o pedido seja aceito e que a questão se encerre aí, mas, sobretudo, aponta para a necessidade

de que a instituição forneça cuidados também à família, que ao longo do tempo poderá vir a se tornar – ou não –, com mais ou menos limitações, também cuidadora. No caso de C., este processo levou bastante tempo, período no qual a paciente permaneceu “morando” no CAPS.

Certamente, este é um tema que gera muitas questões e que provocou muita discussão na equipe na ocasião. Frequentemente há nas equipes de saúde mental alinhadas à Reforma Psiquiátrica uma resistência a este tipo de uso da instituição, porque ela vem associada à idéia de institucionalização²⁸, ou seja, do estabelecimento de uma relação de dependência com a instituição que, desta perspectiva, impossibilitaria à paciente ampliar seus horizontes de vida. Entretanto, na perspectiva winnicottiana, é somente a partir da vivência de uma relação de dependência absoluta que outros modos de relação com o ambiente podem vir a acontecer. De certa forma, podemos dizer que entre todas as controvérsias que surgiam na ocasião, com maior ou menor elaboração da equipe a respeito, esta necessidade foi reconhecida, de modo que ela permaneceu por quase um ano na instituição, o que, vale ressaltar, não era um procedimento usual. C. agora tinha um lugar, longe de ser ideal, mas algo com que contar. Um lugar que provavelmente nunca encontrou na família e em nenhuma outra instituição.

Uma questão importante a ser considerada neste tipo de uso da instituição diz respeito à própria capacidade de atendimento da mesma. Este CAPS possuía cerca de trezentos pacientes em acompanhamento e apenas oito leitos de retaguarda. Com certeza, uma paciente que passa a ocupar o leito de modo prolongado, representa dificuldades para a equipe. Neste sentido, pensa-se no CAPS como um articulador de outros espaços que possam suprir estas necessidades. Entretanto, é preciso notar que tais necessidades não dizem respeito somente a um lugar de moradia, no seu sentido social, como muitas vezes são interpretadas no campo da saúde mental. É preciso, sobretudo, que tal espaço possa se configurar num contexto onde as necessidades pessoais tenham reconhecimento, de tal forma que a casa possa vir a constituir-se como um lar, no sentido em que discutimos acima.

Portanto, é necessário considerar a escassez de instituições que possam acolher tal demanda. Numa cidade como Campinas, cujos recursos destinados à saúde mental são bastante privilegiados se comparados à realidade brasileira como um todo, ainda assim continua havendo uma grande dificuldade. Neste caso, foram aventadas muitas possibilidades que não puderam ser realizadas por várias razões de distintas naturezas, nas quais não me deterei aqui. Vale ressaltar que, de modo geral, existe uma grande demora para a inserção em qualquer instituição que ofereça a possibilidade de um tempo mais prolongado de

²⁸ Ver Capítulo IV, parte 3.

permanência, mesmo naquelas em que as necessidades não são levadas em conta do modo como estamos compreendendo aqui e que, ainda assim, poderiam ser consideradas como uma possibilidade desde que houvesse um trabalho adicional de orientação e apoio por parte da equipe de origem. De qualquer forma, uma inserção deste tipo, em geral leva tempo suficiente para que uma relação de dependência se estabeleça com a instituição de origem e seus cuidadores, o que torna este tipo de manejo, posteriormente, bastante difícil, senão um novo trauma.

O fato é que C., desde que passou a ser cuidada na instituição, foi apresentando uma significativa melhora, que, a partir de Winnicott, pode ser compreendida como o estabelecimento, ainda que precário, de um sentido de continuidade da existência, que dependia absolutamente do ambiente fornecido. Diante da melhora, a equipe aventava possibilidades de alta. Entretanto, como a melhora estava diretamente relacionada ao fornecimento do ambiente, muitas das tentativas de inserção em outros contextos eram seguidas de uma piora do quadro.

Esta situação faz lembrar um caso apresentado por Winnicott num texto de 1963. Trata-se de um adolescente diagnosticado por Winnicott como esquizofrênico, e que foi por ele encaminhado a um hospital psiquiátrico. Nessa instituição, ele rapidamente apresentou uma grande melhora, em função do ambiente adequadamente fornecido e de seu afastamento do ambiente familiar que era bastante doente. Entretanto, diante da melhora do paciente, os médicos questionaram o diagnóstico de esquizofrenia e concluíram tratar-se de uma histeria com componentes anti-sociais, tendo realizado a alta do paciente, articulando sua inserção numa escola. Poucos meses depois, este rapaz volta a apresentar os mesmos sintomas, é novamente diagnosticado como esquizofrênico e já não consegue manter-se inserido nem na escola e nem na família (Winnicott, 1965u).

Disto pode-se apreender em que propriamente consiste o cuidado. Trata-se de uma clínica que versa sobre o fornecimento de um ambiente e, deste modo, o próprio funcionamento da instituição é, em parte, o tratamento. Winnicott, descrevendo uma experiência de um alojamento nos tempos de guerra, coordenado por David Wills, destinado a crianças evacuadas que apresentavam problemáticas complexas e que, por isto, não podiam ser alojadas em famílias comuns, afirma:

Bem depressa eu aprendi que a terapia estava sendo feita na instituição, pelas paredes e pelo telhado; pela estufa de vidro que fornecia um alvo magnífico para pedras e tijolos, pelas banheiras absurdamente grandes, para as quais era necessária

uma quantidade enorme de carvão, tão precioso em tempos de guerra, se se quisesse que a água quente chegasse ao umbigo de quem quisesse tomar banho. A terapia estava sendo realizada pelo cozinheiro, pela regularidade da chegada das refeições à mesa, pelas colchas das camas quentes e coloridas, pelo esforço de David para manter a ordem apesar da escassez de pessoal e um constante senso de inutilidade de tudo isso, porque a palavra sucesso era reservada para algum outro lugar e não para a tarefa exigida da Bicester Poor Law Institution. (Winnicott, 1984g, p. 251)

Assim, Winnicott apresenta uma clínica cuja característica central não é verbal e que por isso “(...) não se descreve em termos de interpretação certa no momento certo” (Winnicott, 1984g, p. 251). A clínica pensada em termos do manejo é, neste aspecto, relativa ao fornecimento de um ambiente que tem como características centrais a previsibilidade e a sobrevivência. Essa idéia é bem exemplificada por Winnicott nesse mesmo texto, a partir de seu relato de um grupo semanal conduzido por David nessa instituição. Nele, havia liberdade completa para falar e muitas coisas importantes eram expressas, entretanto, a importância fundamental desse espaço, segundo o autor, residia no fato de que ele acontecia, impreterivelmente, às cinco horas de todas às quintas-feiras, a despeito do comportamento dos meninos, que era altamente irregular e, muitas vezes, exasperante.

No caso de C., desde o início de sua permanência integral no CAPS, podíamos ver os efeitos que a organização do cotidiano da instituição tinha sobre ela. Além de passar a reconhecer as pessoas – que eram sempre as mesmas e que estavam ali constantemente – C. apreciava, sobretudo, um chá, servido diariamente às três horas da tarde, ao qual, em função dessa constância, passava a esperar. Em termos winnicottianos, o valor da manutenção de um provimento deste tipo reside no fato de que ela confere um sentido de previsibilidade e sobrevivência do ambiente. Esta situação faz lembrar um caso descrito por Winnicott (1958f) de um menino de 5 anos que, após um período em que testou repetidas vezes a confiabilidade do ambiente, passou a pedir cotidianamente por mel, o que lhe era fornecido todos os dias, ainda que, em função da escassez do produto nos tempos de guerra, tenha sido, em certo momento, substituído por uma mistura de óleo de fígado de bacalhau e malte, mais fácil de conseguir na ocasião. O fato é que, agindo desse modo, o ambiente proporciona algo que se confirma, a despeito da impossibilidade que o paciente tenha em contribuir ativamente para tanto e inclusive a despeito de comportamentos muitas vezes agressivos.

Esta manutenção era promovida pela própria rotina da instituição, propiciando um sentido de continuidade à C., que refletia numa estabilização de seu quadro clínico. Todavia, até que esta relação um pouco mais confiável com a instituição se estabelecesse, houve um período que exigiu muitas adaptações do funcionamento cotidiano às necessidades específicas de seu caso. Pode-se dizer que muitas destas especificidades diziam respeito a um quadro bastante grave de despersonalização. Esta problemática, segundo Winnicott (1988), está relacionada ao estabelecimento precário da coesão psicossomática, de tal forma que o indivíduo não pode estabelecer um sentido de residência no corpo, mantendo com este pouca familiaridade ou mesmo estranhamento. Pode-se compreender, neste caso, a interpretação de C. de que havia bichos andando por seu corpo, indicando que seu corpo não lhe dizia respeito e que tudo que era relativo ao seu funcionamento era sentido como invasão. Assim também pode ser entendida sua auto-agressividade, como uma tentativa desesperada de fazer cessar.

O estabelecimento precário da coesão psicossomática reflete também em dificuldades relativas à temporalização e espacialização, e ao estabelecimento de relações de objeto. O corpo é o primeiro lugar em que o si-mesmo pode habitar e, sem isto, nunca se chega a ter clareza de seu funcionamento e de uma primeira demarcação do tempo que ele pode propiciar, bem como a noção de ocupação do espaço torna-se frágil, pela impossibilidade de reconhecer de um modo pessoal a consistência, o peso e, portanto, a realidade do corpo. Tampouco se chega a estabelecer minimamente uma membrana limitante, capaz de diferenciar o que vem de dentro e o que vem de fora, e de fornecer as bases para relações objetais. Sem este primeiro sentido de residência, tudo se torna sem sentido ou assustador. No caso de C., além da estranheza em relação ao próprio corpo podemos pensar que, exatamente por isto, havia a princípio dificuldades relativas a qualquer contato com o ambiente. Desta forma, qualquer aproximação era sentida como invasão, às quais ela reagia com agressividade. Interessante ainda notar que as invasões eram experimentadas no próprio corpo, como fica claro, por exemplo, na ocasião em que havia pessoas descarregando garrafões de água no CAPS, que, vale ressaltar, não chegaram a tocá-la, mas tal situação foi sentida por ela como um chute na cabeça que a deixou amassada de um lado.

Em função do reconhecimento de tal especificidade da problemática de C., além de todo cuidado que naturalmente a equipe foi estabelecendo na forma de abordá-la (ou de não abordá-la), um aspecto essencial do manejo se apresentou pela possibilidade de que ela tomasse muitos e longos banhos diários²⁹. O efeito tranquilizador produzido por estes pôde

²⁹ Obviamente isto não era um procedimento comum na instituição e exigiu muitas conversas e negociações com a equipe que não se ocupava do caso diretamente, para que esta necessidade fosse

ser compreendido pela idéia de que banho devolve o corpo, possibilitando, da perspectiva winnicottiana, um primeiro sentido de residência do si-mesmo de um modo real. Segundo Winnicott (1988), este primeiro sentido de residência se estabelece no corpo na medida em que ele é sustentado e seguro pela mãe, fundando as bases para outros sentidos de habitar, que na saúde culmina na possibilidade de habitar o mundo compartilhado sem um prejuízo muito grande do sentido pessoal.

No caso de C., podemos dizer que os banhos e todo o contexto de cuidado que o tornava possível, permitiam que seu corpo fosse sentido como menos persecutório, e possibilitavam um estabelecimento do si-mesmo que, ainda que mínimo, tornou possível habitar a instituição, da maneira como vimos descrevendo até então, e apreciá-la de tal modo a solicitar por morar nela, justificando legitimamente, desde sua perspectiva, como uma necessidade. Neste mesmo sentido, já que passa a estabelecer confiança com algumas pessoas, pode-se aventurar gradativamente em territórios diferentes daquele da instituição.

Destarte, sua possibilidade de utilizar círculos gradativamente mais amplos funda-se necessariamente no fato de ter sido minimamente atendidas suas necessidades primárias, a partir do que deve ter se estabelecido um sentido de realidade subjetiva. Por esta razão, não podemos compreender os atendimentos que eram realizados na rua a partir da idéia de socialização. Especialmente tendo em vista que eles se iniciaram a pedido da própria C., esses atendimentos se configuravam como a continuidade do fornecimento de um ambiente adaptado às suas necessidades que gradativamente assumiam outras formas, o que corresponde à ampliação do *setting* original³⁰.

Ainda que na rua, os atendimentos visavam, sobretudo, o atendimento de suas necessidades primitivas. Neste caso, podemos dizer que o refrigerante assumia as mesmas funções do chá, sendo que todos os novos detalhes que cercavam tomar o refrigerante podiam fornecer uma ampliação do sentido de previsibilidade e sobrevivência da realidade do mundo e de si-mesma. C. já podia contar com que buscássemos o dinheiro na caixinha do CAPS, o que posteriormente ela passa a fazer sozinha e já não precisa de mim para isso, assim como pode esperar ser atendida pela moça da lanchonete, que realizava todos os procedimentos necessários para servir seu refrigerante, conforme sua solicitação. Pode também, aos poucos, contar com o retorno ao CAPS, preocupando-se menos por estar passeando e sendo capaz, inclusive, de posteriormente sair para passear sozinha.

compreendida como parte do próprio tratamento de C. e não como um uso abusivo e inadequado da instituição.

³⁰ Ver Capítulo V, parte 2.

O fato de que esse processo tenha assumido novas formas, percursos e círculos mais amplos, não pode ser compreendido, da perspectiva winnicottiana, no sentido da autonomia e da responsabilização, conceitos muito comuns entre os trabalhadores de saúde mental. Estes, segundo Winnicott (1984h), dizem respeito a aquisições bastante sofisticadas que dependem da constituição da identidade unitária, a que C. parecia estar bastante distante, como fica claro, entre outras coisas, pelo fato de chamar a si na terceira pessoa, indicando que ainda não havia um eu estabelecido. Nesse caso, parece mais apropriado dizer que esse processo, ainda que num sentido bastante frágil, consistia na busca pelo si-mesmo, que, segundo Winnicott (1971r), é estabelecida por meio de experiências de contato com o mundo a partir de um estado amorfo do ser. Inicialmente, tratam-se de experiências que necessitam da presença permanente do ambiente e que, posteriormente, uma vez que tais experiências vão se tornando previsíveis, podem ser mantidas vivas por um certo período de tempo, suportando, deste modo, alguma separação.

Neste sentido, pode-se compreender a extensão do lar, para o que Winnicott (1968i) chama de *playground*, relativo à função do ambiente como espaço potencial e a realidade dos objetos transicionais³¹. É preciso notar também que se, por um lado, o objeto transicional favorece a separação, por outro, paradoxalmente, ele é o símbolo da união, considerando que outros objetos fazem às vezes daquele que se constituiu primeiramente como objeto subjetivo, sendo, desta forma, uma experiência sentida como enriquecedora pelo indivíduo. Dito de outro modo, a separação, aqui, não está relacionada à frustração ou à castração ou à lei, mas sim a mais um dos aspectos da busca de si-mesmo.

Os atendimentos na rua com C. apresentavam episódios que podem ser, então, compreendidos a partir deste sentido da busca do si-mesmo. Na rua, ela procura por espelhos e vidros que possam refletir sua imagem, funcionando como uma confirmação de sua existência. Solicita por contatos físicos (abraços, caminhar de mãos dadas), que podem ser entendidos como uma tentativa de sentir o próprio corpo e de perceber alguma delimitação do mesmo, constituindo-se, deste modo, como uma extensão da função inicialmente promovida pelos banhos. C. também compara suas características físicas com as minhas, solicitando meu olhar sobre ela. Em geral, isto acontece da seguinte forma: ela me diz, por exemplo, que meus olhos são pretos e que os dela também são, pedindo repetidas vezes para ver os meus olhos ao mesmo tempo em que eu olho os dela, com o intuito de confirmar aquela característica física

³¹ Ver Capítulo V, parte 1.

que ela havia observado inicialmente. Esta situação remete ao que Winnicott chama de papel de espelho da mãe, formulado por ele da seguinte maneira:

O que o bebê vê quando olha para o rosto da mãe? Sugiro que, normalmente, o que o bebê vê é ele mesmo. Em outros termos, a mãe está olhando para o bebê e aquilo com que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali. (Winnicott, 1967c, p. 154)

Trata-se de um fenômeno bastante primitivo, relativo à busca muito inicial de um si-mesmo, de modo que possui a “(...) delicadeza do que é pré-verbal, não verbalizado e não verbalizável (...)” (Winnicott, 1967c, p. 154). Situações como esta passam a acontecer também no cotidiano da instituição: C. costumava pentear-se com muita concentração à frente do espelho e, em geral, perguntava às pessoas ao redor, se estava bem. Escolhia com muito critério as roupas para vestir, comentando a respeito do tamanho delas, se eram grandes ou pequenas para ela. Também passava longos períodos cumprimentando, com abraços e apertos de mão, as pessoas que circulam no CAPS, com muita satisfação. Esse processo é bastante facilitado pelo fato de que, em geral, as pessoas a vêem com simpatia e, por isto, respondem com naturalidade e, muitas vezes também, com satisfação a esse tipo de demanda.

Todas essas nuances do cuidado criavam um contexto a partir do qual as experiências de si-mesmo podiam ser vividas de maneira gradativamente mais consistentes, processo, que segundo Winnicott (1988), permite o início da organização de uma memória. Podemos perceber, neste caso, algumas evidências que podem ser compreendidas: pouco a pouco C. começou a falar algumas coisas, e com frequência disse que possuía coisas no “tempo”, especialmente carros iguais aos que ela via na rua, os quais considerava muito bonitos. Uma possível leitura desta fala de C. caminha no sentido de que, uma vez estabelecendo de modo um pouco mais consistente um si-mesmo, ela pode lembrar-se de algo bom que já teve, que lhe foi fornecido e que foi experienciado em algum momento, ou seja, no “tempo”.

Neste mesmo sentido parece caminhar a seguinte fala: “É bom ter coisas, antes eu achava que não tinha nada. Se a gente não fica sabendo de nada, depois fica passando mal sozinha. Também não é bom ficar sabendo de tudo, eu não consigo enxergar tudo” (sic). Esta, entretanto, apresenta um sentido adicional que pode ser entendido como uma necessidade de que o mundo seja apresentado em pequenas doses e que, por assim dizer, ela não tenha que vir a se responsabilizar por uma complexidade de coisas, com as quais não tinha ainda meios de lidar. De qualquer modo, ainda que de maneira precária, estabeleceu-se alguma

possibilidade de possuir coisas, que está intimamente relacionada com poder ser. O si-mesmo é, por assim dizer, o lugar onde se pode guardar aquilo que se encontra. Não por acaso, neste mesmo período, C. passa a perguntar: “O que é gente? Eu sou gente? Você é gente?” (sic).

Uma vez que agora podia ter coisas, sua circulação passa a incluir pedir dinheiro na rua, com o qual ela comprava cigarros e alguns alimentos, entre eles, quase sempre, um pacote de chá da mesma qualidade daquele que era servido no CAPS. Entretanto, tendo em vista a precariedade do si-mesmo, e considerando que ela mesma já anunciara, não era possível que ela se responsabilizasse inteiramente por suas coisas, o que neste caso, é o mesmo que responsabilizar-se pela própria existência. Desta forma, suas coisas eram, a seu próprio pedido, guardadas no CAPS, o que lhe assegurava não só a manutenção dos objetos, como a manutenção de sua própria existência. Sustentada pelo ambiente, C. podia inclusive oferecer coisas, porque agora ela as possuía. Eventualmente preparava um chá ou macarrão na cozinha do CAPS e servia às pessoas que estivessem por perto.

A partir disto, foi possível também realizar o pedido de seu auxílio-doença, o qual, bastante distinto do que é usual nestes casos, ela se recusava no início a fazer: não podia ter seu próprio dinheiro, porque não tinha um lugar para guardá-los. Entretanto, a partir de uma constituição, ainda que frágil, do si-mesmo, sustentada por uma relação de dependência com o ambiente, ela podia não só arriscar-se a possuir uma quantia mensal em dinheiro, como também apreciá-la. Tal processo foi bastante significativo, pois implicou na retirada de todos os seus documentos, que com nome e foto funcionavam como mais uma confirmação e asseguramento de sua existência. Também estes documentos foram guardados no CAPS e, eventualmente, ela solicitava por vê-los, o que fazia com bastante satisfação.

Assim que ela passou a receber seu auxílio-doença e, fundamentalmente, em função de que algo de mais consistente havia se estabelecido para C., o tema da alta voltou à tona. Em algum momento ela precisaria ser feita, já que o CAPS não era um lugar destinado a moradia. Nessa oportunidade, sua relação com a família (especialmente a tia) tornara-se um pouco mais afetiva, conforme relatamos acima. Ainda assim, voltar a morar na casa de seus familiares não era, para ela, uma possibilidade. C. mostrava-se muito sensível a situações, ainda que sutis, que apresentavam alguma indisponibilidade do ambiente e, desta forma, aceitava com mais facilidade ir morar numa pensão que, localizada próxima ao CAPS, permitiria que ela viesse com facilidade diariamente ao serviço.

Contudo, conversando com a tia sobre a possibilidade de moradia nessa pensão, a tia fala, de maneira bastante afetiva para o que lhe era habitual, que preferia nesse caso que C. voltasse a morar com ela, ao que C. responde prontamente que então iria. Uma hipótese de

compreensão desta mudança inesperada de C. é a de que tenha percebido, em algum nível, um estado de preocupação e uma pré-disposição ao cuidado por parte da tia que, ainda que com muitas limitações, se tornavam para ela um ambiente viável. Vale ressaltar que esta não era uma percepção somente de C.; o acompanhamento da tia realizado no CAPS durante todo esse período, mostrava que ela vinha se tornando gradativamente mais sensível e flexível às problemáticas de C.

Obviamente, não se tratava de uma questão simples para C., e logo ela mudou de idéia. Acredito que minha insistência de que ela fosse para a casa da tia, na ocasião, baseou-se numa percepção, construída ao longo de quase um ano de atendimentos, de que ela agora teria como suportar momentos de separação da instituição, sem que isto provocasse a perda do sentido de realidade de si-mesma e do ambiente. Acredito também que deve ter sido de grande valor para ela retornar ao CAPS, após sua alta, e encontrá-lo diariamente da mesma forma, a despeito do ódio que ela provavelmente experimentou nessa ocasião, expressado numa espécie de protesto: “Se eu não posso morar aqui, então também nunca mais venho!”

Vale ressaltar que, embora C. tenha até o momento conseguido manter-se na casa da tia, o ambiente que para ela possui o sentido de lar, tal qual estamos entendendo aqui, permanece sendo o CAPS. A casa da tia pode ser entendida como uma extensão desse cuidado inicial que é agora possível, já que a paciente possui uma capacidade de manter viva a realidade do CAPS por um período suficiente até o seu próximo retorno, o que acontece diariamente, e que, provavelmente, ainda precisará acontecer por muito tempo.

Conclusão

A prática clínica com psicóticos, e especialmente em instituições que visam ser substitutivas aos manicômios, apresenta uma enormidade de questões extremamente complexas que, com certeza, não podem e não devem ser esgotadas.

A realização desta pesquisa enfrentou dificuldades que dizem respeito, em primeiro lugar, à própria conformação do campo: na medida em que este se funda na desconstrução de práticas e saberes hegemônicos e, portanto, numa espécie de crise de paradigmas, sua delimitação torna-se uma tarefa árdua. Esta situação encontra reflexos, conseqüentemente, na bibliografia especializada que em geral faz convergir conceitos e corpos teóricos bastante distintos entre si, muitas vezes sem o devido rigor.

Especialmente no que se refere à articulação das idéias de Winnicott no campo da saúde mental, esta questão se complica ainda mais. Por um lado, o próprio campo da saúde mental não apresenta um corpo teórico coeso e, em certa medida, parece apostar nessa crise. Por outro lado, a bibliografia secundária relativa ao pensamento de Winnicott, mesmo independentemente do campo da saúde mental, na maior parte das vezes tem utilizado conceitos sem a devida articulação no corpo teórico como um todo, provocando entendimentos equivocados e distorcidos. Assim, segundo pesquisa realizada, podemos afirmar que a articulação das idéias de Winnicott no campo da saúde mental praticamente não encontra produção bibliográfica.

Conseqüentemente, grande parte do percurso deste trabalho dedicou-se à própria delimitação teórica. Implicou na apresentação geral dos fundamentos teóricos winnicottianos que sustentam a clínica das psicoses e o trabalho em instituições, bem como uma apresentação geral das principais áreas do conhecimento presentes no campo da saúde mental, a saber, a psiquiatria, os trabalhos que empreenderam críticas ao modelo psiquiátrico e que influenciaram significativamente o Movimento de Reforma Psiquiátrica, e a psicanálise tradicional.

Apesar destes obstáculos enfrentados, acreditamos ter conseguido localizar, a partir da leitura de Winnicott, alguns pontos fundamentais que lançam nova luz sobre este campo.

Em primeiro lugar, que as psicoses, na perspectiva winnicottiana, não podem ser compreendidas como doença orgânica ou como produto de uma exclusão social ou, tampouco, como uma problemática intrapsíquica. Winnicott sustenta, por outro lado, a psicose como uma problemática da interrupção da continuidade de ser que impossibilita ao indivíduo o sentimento de existência e realidade, em que se articulam de maneira

extremamente coerente o corpo, o ambiente e o si-mesmo, redescritos sobre outros fundamentos dentro de um corpo teórico mais amplo.

Em segundo lugar, foi possível, a partir disto, apresentar os fundamentos de uma clínica que parece superar paradigmas objetificantes e, como diz Winnicott, nos permitiu vislumbrar uma descrição mais próxima “do que se parece à vida”. Diferentemente da clínica organicista ou da clínica mental, desenvolvemos alguns dos aspectos mais importantes relativos à clínica do manejo, a saber: trata-se de uma clínica que versa sobre o fornecimento de um ambiente adaptado às distintas necessidades que se apresentam, que possui a delicadeza de uma comunicação de ordem pré-verbal, não-verbalizada e não-verbalizável, e que incide sobre a consistência da presença e, portanto, da pessoa do analista, relativamente independente de seus processos intelectuais.

Esta compreensão permitiu o desenvolvimento de um terceiro aspecto central neste trabalho: o uso ampliado do *setting*. A clínica do manejo, análoga aos cuidados ambientais fornecidos no âmbito da vida comum, admite recuperação das psicoses por meio de ambientes não especializados. Isto nos permitiu, por um lado, localizar aquilo que é essencial no tratamento, o que, em linhas gerais, poderia ser definido como um contexto confiável, capaz de previsibilidade e sobrevivência. Por outro lado, nos permitiu vislumbrar a articulação de outros ambientes na composição do cuidado em saúde mental, os quais podem ser entendidos no âmbito do viver comum, apresentando, portanto, um fator econômico no que concerne ao trabalho especializado.

A clínica do manejo e o uso do *setting* ampliado foram, neste sentido, tomados como aspectos centrais para a compreensão do trabalho em instituições. A partir desta articulação pudemos mostrar que o próprio funcionamento geral da instituição, em parte já constitui o tratamento e que, concomitantemente, faz-se necessário uma adaptação do funcionamento da instituição para cada problemática específica. Mostramos também que, uma vez tendo se estabelecido satisfatoriamente esse cuidado primário, gradativamente torna-se possível a apropriação de círculos cada vez mais amplos, como decorrência e extensão do próprio cuidado. Este ponto específico pode ser bastante desenvolvido a partir de um caso clínico tratado em CAPS.

De modo geral, podemos dizer que o pensamento de Winnicott mostrou-se fértil para o campo da atenção pública em saúde mental, produzindo novas perspectivas teóricas e práticas que são muito úteis para a orientação de propostas de tratamento que se atenham ao que é realmente essencial.

Referências Bibliográficas

- Amarante, Paulo (1994). “Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil”. In: Amarante et. al. (org.), 1994.
- _____ et al. (org.) (1994). “Psiquiatria social e a Reforma Psiquiátrica”. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- _____ (2003). “A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica”. In: Amarante et. al. (org.), 2003.
- _____ et al. (org.) (2003). “Archivos de saúde mental e atenção psicossocial”. Rio de Janeiro: Nau editora.
- _____ (2007). “Saúde Mental e Atenção Psicossocial”. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Basaglia, Franco (1964). “La distruzione dell’ospedale psichiatrico”. In: Basaglia, 1982.
- _____ (1968). “A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico”. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- _____ (1982). “Scritti”. Torino: Einaudi.
- Campos, Gastão W. S. (2002). “Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde”. In: Merhy & Onocko, 2002.
- Campos, Rosana O. (2001). “Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental”. Saúde em Debate, vol. 25, n. 58, pp. 98-111.
- _____ & Furtado, Juarez P. (2005). “A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços”. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. Vol. VIII – n. 1, pp. 109-122.
- Dias, Elsa O. (1998). “A teoria das psicoses em D. W. Winnicott”. Tese de doutorado em psicologia clínica, PUC-SP.
- _____ (2002). “Da sobrevivência do analista”. Natureza Humana, v. 4, n. 2, pp. 341-362.
- _____ (2003). “A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott”. Rio de Janeiro: Imago.
- _____ (2007). “A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica”. In: www.centrowinnicott.com.br
- Dor, Joel (1989). “Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem”. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Freud, Sigmund (1914). "Sobre o narcisismo: uma introdução". In: Freud, 1996, vol. XIV, pp. 81-108.
- _____ (1923). "O ego e o id". In: Freud, 1996, vol. XIX, pp. 33-40.
- _____ (1924). "Neurose e psicose". In: Freud, 1996, vol. XIX, pp. 167-171.
- _____ (1924). "A perda da realidade nas neuroses e nas psicoses". In: Freud, 1996, vol. XIX, pp. 205-209.
- _____ (1996). "Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição *standard* brasileira". Rio de Janeiro: Imago.
- Foucault, Michel (1977). "O Nascimento da Clínica". Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.
- _____ (1979). "Microfísica do Poder". Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- Goffman, Erving (1961). "Manicômios, Prisões e Conventos". São Paulo: Perspectiva, 1999.
- _____ (1963). "Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada". Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
- Kuhn, Thomas S. (1970). "A Estrutura das Revoluções Científicas". São Paulo: Perspectiva, 1997.
- Klein, Melanie (1928). "Estágios iniciais do conflito edipiano". In: Klein, 1996a.
- _____ (1935). "Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos". In: Klein, 1996b.
- _____ (1946). "Notas sobre alguns mecanismos esquizóides". In: Klein, 1991.
- _____ (1957). "Inveja e Gratidão". In: Klein, 1991.
- _____ (1991). "Inveja e Gratidão e outros trabalhos". Rio de Janeiro: Imago.
- _____ (1996a). "A psicanálise de crianças". Rio de Janeiro: Imago.
- _____ (1996b). "Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos". Rio de Janeiro: Imago.
- Lacan, Jacques (1955-1956). "Seminário 3: as psicoses". Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- Laing, Ronald D. (1960). "O eu dividido: estudo existencial da sanidade e da loucura". Petrópolis: Vozes, 1975.
- Little, Margaret. I. (1985). "Relato de mi análisis con Winnicott: angustia psicótica y contención". Buenos Aires: Lugar editorial, 1995.
- Loparic, Zeljko (1995). "Winnicott e o pensamento pós-metafísico". Psicologia USP, vol. VI, n. 2, pp. 39-61.

- _____ (2001). “Esboço do paradigma winnicottiano.” *Cadernos de História e Filosofia das Ciências*, vol.XI, n.2.
- Merhy, Emerson & Onocko, Rosana (2002). “Agir em Saúde – um desafio para o público”. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde (2004). “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial”. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Naffah Neto, Alfredo (2006). “Winnicott - uma psicanálise da experiência humana em seu devir próprio”. *Natureza Humana*, vol. 7 n. 2, pp. 433-454.
- Nicácio, Maria Fernanda S. (2003). “Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental”. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Unicamp.
- Phillips, Adam (1988). “Winnicott”. Aparecida: Idéias e Letras, 2006.
- Pitta, Ana et. al. (org.) (1996). “Reabilitação Psicossocial no Brasil”. São Paulo: Hucitec.
- Saraceno, Benedetto (1996). “Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria”. In: Pitta et.al. (org.), 1996.
- _____ (2001). *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia.
- Sechehaye, Marguerite (1951). “Autobiography of a Schizophrenic girl”. New York, Meridian, 1994.
- Winnicott, D. W. (1945d): “O desenvolvimento emocional primitivo”. In: Winnicott, 1958a (W6).
- _____ & Britton, Clare (1947e): “Tratamento em regime residencial para crianças difíceis”. In: Winnicott, 1984a (W13).
- _____ (1948b): “Pediatria e Psiquiatria”. In: Winnicott, 1958a (W6).
- _____ (1953a) [1952]: “Psicose e cuidados maternos”. In: Winnicott, 1958a (W6).
- _____ (1953b): “A tolerância ao sintoma em pediatria - relato de um caso”. In: Winnicott, 1958a (W6).
- _____ (1953c) [1951]: “Objetos transicionais e fenômenos transicionais”. In: Winnicott, 1971a (W10).
- _____ (1955b): “Um caso tratado em casa”. In: Winnicott, 1958a (W6).
- _____ (1955d) [1954]: “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico”. In: Winnicott, 1958a (W6).

- _____ (1956a) [1955]: “Formas clínicas da transferência”. In: Winnicott, 1958a (W6).
- _____ (1957o): “A contribuição da mãe para a sociedade”. In: Winnicott, 1986b (W14).
- _____ (1958a) (W6): Textos selecionados - Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro, Imago, 2000.
- _____ (1958c) [1956] “A tendência anti-social”. In: Winnicott, 1984a (W13).
- _____ (1958d) [1952]: “Ansiedade associada à insegurança”. In: Winnicott, 1958a (W6).
- _____ (1958f) [1949]: “Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade”. In: Winnicott, 1958a (W6).
- _____ (1958h): “A análise da criança no período de lactência”. In: Winnicott, 1965b (W9).
- _____ (1958n) [1956]: “Preocupação materna primária”. In: Winnicott, 1958a (W6).
- _____ (1958o) [1956]: “A psicanálise do sentimento de culpa”. In: Winnicott, 1965b (W9).
- _____ (1958p) [1948]: “A reparação relativa à defesa organizada da mãe contra a depressão”. In: Winnicott, 1958a (W6).
- _____ (1960c): “A teoria do relacionamento paterno-infantil”. In: Winnicott, 1965b (W9).
- _____ (1962c) [1961]: “Observações adicionais sobre a teoria do relacionamento paterno-filial”. In: Winnicott, 1989a (W19).
- _____ (1963a) [1962]: “Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica”. In: Winnicott, 1965b (W9).
- _____ (1963c): “Os doentes mentais na prática clínica”. In: Winnicott, 1965b (W9).
- _____ (1965a) (W8): A família e o desenvolvimento individual. São Paulo, Martins Fontes, 2001.
- _____ (1965b) (W9): O ambiente e os processos de maturação. Poro Alegre, Artes Médicas, 1990.
- _____ (1965d) [1962]: “Os objetivos do tratamento psicanalítico”. In: Winnicott, 1965b (W9).
- _____ (1965e) [1959]: “Atendimento de caso com crianças mentalmente perturbadas”. In: Winnicott, 1965a (W8).

- _____ (1965f): “Um caso de psiquiatria infantil que ilustra a reação retardada à perda”. In: Winnicott, 1989a (W19).
- _____ (1965h) [1959]: “Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?”. In: Winnicott, 1965b (W9).
- _____ (1965j) [1963]: “Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos”. In: Winnicott, 1965b (W9).
- _____ (1965l) [1960]: “Os efeitos da psicose sobre a vida familiar”. In: Winnicott, 1965a (W8).
- _____ (1965m) [1960]: “Distorção do ego em termos de verdadeiro e falso si-mesmo”. In: Winnicott, 1965b (W9).
- _____ (1965n) [1962]: “A integração do ego no desenvolvimento da criança”. In: Winnicott, 1965b (W9).
- _____ (1965u) [1963] “Atendimento hospitalar como complemento de psicoterapia intensiva na adolescência”. In: Winnicott, 1965b (W9).
- _____ (1965vd) [1963]: “Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil”. In: Winnicott, 1965b (W9).
- _____ (1965ve) [1963]: “A psicoterapia de distúrbios de caráter”. In: Winnicott, 1984a (W13).
- _____ (1965vf) [1960]: “O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê”. In: Winnicott, 1965a (W8).
- _____ (1966d) [1964]: “A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos” (parte II do Cap.20, “Transtorno Psicossomático”). In: Winnicott, 1989a (W19).
- _____ (1967b): “A localização da experiência cultural”. In: Winnicott, 1971a (W10).
- _____ (1967c): “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil”. In: Winnicott, 1971a (W10).
- _____ (1968a) [1967]: “A etiologia da esquizofrenia infantil em termos do fracasso adaptativo”. In: Winnicott, 1996a (W21).
- _____ (1968b): “O aprendizado infantil”. In: Winnicott, 1986b (W14).
- _____ (1968c) [1967]: “O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva”. In: Winnicott, 1989a (W19).
- _____ (1968d) [1967]: “A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências”. In: Winnicott, 1987a (W16).

- _____ (1968i) [1967]: “O brincar - uma exposição teórica”. In: Winnicott, 1971a (W10).
- _____ (1969i) [1968]: “O uso do objeto e o relacionamento através de identificações”. In: Winnicott, 1971a (W10).
- _____ (1970b) [1969]: “A experiência mãe-bebê de mutualidade”. In: Winnicott, 1989a (W19).
- _____ (1971a) (W10): O brincar e a realidade. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- _____ (1971b) (W11): Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil. Rio de Janeiro, Imago, 1984.
- _____ (1971f) [1967]: “O conceito de indivíduo saudável”. In: Winnicott, 1986b (W14).
- _____ (1971g): “A criatividade e suas origens”. In: Winnicott, 1971a (W10).
- _____ (1971h): “Sonhar, fantasiar e viver: uma história clínica que descreve uma dissociação primária”. In: Winnicott, 1971a (W10).
- _____ (1971q): “O lugar em que vivemos”. In: Winnicott, 1971a (W10).
- _____ (1971r): “O brincar: a atividade criativa e a busca do eu”. In: Winnicott, 1971a (W10).
- _____ (1971vc): “Introdução” (à Parte 1). In: Winnicott, 1971b (W11).
- _____ (1974): “O medo do colapso”. In: Winnicott, 1989a (W19).
- _____ (1984a) (W13): Privação e delinquência. Martins Fontes, São Paulo, 2005.
- _____ (1984g) [1970]: “Assistência residencial como terapia”. In: Winnicott, 1984a (W13).
- _____ (1984h) [1968]: “Sum: eu sou”. In: Winnicott, 1986b (W14).
- _____ (1984i) [1961]: “Tipos de Psicoterapia”. In: Winnicott, 1986b (W14).
- _____ (1986b) (W14): Tudo começa em casa. Martins Fontes, São Paulo, 1999.
- _____ (1986d) [1966]: “A criança e o grupo familiar”. In: Winnicott, 1986b (W14).
- _____ (1986f) [1970]: “A cura”. In: Winnicott, 1986b (W14).
- _____ (1986h) [1970]: “Vivendo de modo criativo”. In: Winnicott, 1986b (W14).
- _____ (1986k) [1961]: “Psicanálise e ciência: amigas ou parentes?” In: Winnicott, 1986b (W14).
- _____ (1987a) (W16): Os bebês e suas mães. São Paulo, Martins Fontes, 1999.
- _____ (1987b) (W17): O gesto espontâneo. São Paulo, Martins Fontes, 2005.
- _____ (1987e) [1966]: “A mãe dedicada comum”. In: Winnicott, 1987a (W16).
- _____ (1988) (W18): Natureza Humana. Rio de Janeiro, Imago, 1990.

- _____ (1989a) (W19): Explorações psicanalíticas. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1994.
- _____ (1989d) [1965]: “O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família”. In: Winnicott, 1989a (W19).
- _____ (1989f) [1967]: “D.W.W. sobre D.W.W.”. In: Winnicott, 1989a (W19).
- _____ (1989m) [1964]: “A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise”. In: Winnicott, 1989a (W19).
- _____ (1989s) [1965]: “Uma nova luz sobre o pensar infantil”. In: Winnicott, 1989a (W19).
- _____ (1989vk) [1965]: “A Psicologia da Loucura: uma contribuição da psicanálise”. In: Winnicott, 1989a (W19).
- _____ (1989vl) [1961]: “Psiconeurose na infância”. In: Winnicott, 1989a (W19).
- _____ (1996a) (W21): Pensando sobre crianças. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
- _____ (1996b) [1967]: “A Associação de Psicologia e Psiquiatria Infantil observada como fenômeno de grupo”. In: Winnicott, 1996a (W21).
- _____ (1996c) [1966]: “Autismo”. In: Winnicott, 1996a (W21).
- _____ (1996f) [1970]: “Psiquiatria infantil, serviço social e atendimento alternativo”. In: Winnicott, 1996a (W21).
- _____,(1996g) [1959]: “Uma abordagem clínica aos problemas familiares”. In: Winnicott, 1996a (W21).

Anexo 1 - Parecer da Comissão de Ética Médica do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSFC)

SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

PARECER Nº 09/2008

Acerca do pedido de parecer desta Comissão para REALIZAÇÃO DE UM PROJETO DE PESQUISA.

Título: SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS CLÍNICAS EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL: uma perspectiva winnicottiana.

Solicitante: Marília Marchese Cesarino

Orientação: Zeljko Loparic

Finalidade: Projeto de Pesquisa do Programa de Mestrado em Psicologia Clínica, Núcleo de Práticas Clínicas, Eixo Estudos Winnicottianos – PUC, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, SP.

Objeto da Pesquisa: Prontuários de sujeitos em atendimento em um Centro de Atenção Psicossocial, onde a pesquisadora já prestou serviços ao SSCF.

Metodologia: Pesquisa clínica tendo como método investigativo a psicanálise Winnicottiana.

Foram enviadas cópia de seu projeto de pesquisa, contendo em seus anexos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Termo de consentimento Institucional, assim como cópia do projeto de Mestrado da pesquisadora.

Esta pesquisa pelos dados apresentados a esta Comissão de Ética Médica encontra-se dentro dos princípios preconizados para a realização de um projeto que envolva seres humanos, em especial em situação de vulnerabilidade. Foram analisados os documentos em anexo, em especial o Termo de Consentimento Livre e Informado que se encontra dentro das recomendações da Resolução 196/96 do CNS.

Quanto aos instrumentos de investigação nada há a considerar acerca do conhecimento do Termo de Consentimento Livre e Informado, já que não haverá contato direto com usuários.

Sugerida a apresentação dos resultados desta pesquisa aos integrantes do corpo de trabalhadores em saúde mental do SSCF, visando o aprimoramento de nossas ações em Saúde Mental.

Campinas, 12 de junho de 2008.



Dr. Régia Burle Figueiredo
Clínica Médica
CRMSP 2757

Dr.ª Régia Maria Burle Figueiredo
Médica Clínica

Presidente da Comissão de Ética Médica do SSCF.

Anexo 2 - Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado para autorização do uso do material clínico junto ao sujeito/paciente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Dados da Pesquisa

Título: Contribuições da psicanálise winnicottiana ao campo da atenção pública em saúde mental: manejo e uso ampliado do *setting* na clínica das psicoses em instituições

Pesquisadora: Marília Marchese Cesarino

Curso e Instituição: Mestrado em Psicologia Clínica, sob a orientação do Prof. Dr. Zeljko Loparic. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

2. Objetivos Gerais: O presente estudo visa redescrever o trabalho clínico em saúde mental a partir do pensamento de D. W. Winnicott, tendo como enfoque a clínica do manejo e o uso ampliado do *setting*.

3. Procedimentos: como forma de ilustrar a discussão teórica, utilizaremos material clínico dos registros pessoais da pesquisadora, que já trabalhou na instituição, bem como consulta ao prontuário da paciente.

4. Garantia de acesso: Em qualquer momento, a paciente participante do estudo terá acesso à pesquisadora para quaisquer esclarecimentos

5. Direito à confidencialidade: A identidade da participante será preservada.

Eu, _____ acredito ter sido suficientemente informada a respeito da pesquisa “Contribuições da psicanálise winnicottiana ao campo da atenção pública em saúde mental: manejo e uso ampliado do *setting* na clínica das psicoses em instituições”.

Concordo, portanto, voluntariamente, em participar desta pesquisa.

..... /...../.....

Assinatura do sujeito

Local

Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito/paciente.

..... /...../.....

Assinatura da pesquisadora

Local

Data