

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

GABRIELA BRUNO GALVÁN

*Corpo ferido: Os caminhos do self a partir de uma ruptura na
integridade corporal.*

São Paulo

2007

GABRIELA BRUNO GALVÁN

*Corpo ferido: Os caminhos do self a partir de uma ruptura na
integridade corporal.*

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia da Aprendizagem e do
Desenvolvimento Humano

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Lucia T. Moraes Amiralian

São Paulo
2007

FOLHA DE APROVAÇÃO

Gabriela Bruno Galván

Corpo Ferido: Os caminhos do self a partir de uma ruptura na integridade corporal

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia da Aprendizagem e do Desenvolvimento Humano

Aprovado em:

Banca Examinadora

Ao Cláudio, que com seu amor dedicado me fortalece na busca do crescimento e da realização.

Ao Rafael, que me encanta a cada dia, vivendo, descobrindo o mundo e se tornando ele mesmo, em cada etapa de sua vida. À você, meu filho, meu amor incondicional

Agradecimentos

À Prof^a Dr^a Maria Lúcia Toledo Moraes Amiralian, primeiramente por ter me dado um lugar nessa embarcação e me orientado nessa travessia. Agradeço também por ter caminhado ao meu lado, no meu ritmo e pelas contribuições que pontuaram o rumo deste trabalho.

Aos professores Tânia Vaisberg e Leopoldo Fulgencio pelas críticas e sugestões no momento do exame de qualificação, fundamentais para o direcionamento e aprofundamento no trabalho final.

À querida amiga Cristina Coin, pela amizade de tantos anos e, claro, pela revisão cuidadosa, dedicada e interessada. Gostei muito de tê-la neste trabalho.

À Monica Giacomini, pelo apoio e incentivo nos momentos necessários; pelos muitos projetos compartilhados; pela parceria na profissão e diante da vida.

À Aline Rocha e Luciana Moreno pela paciência, compreensão e ajuda nos momentos em que este trabalho se sobrepôs à assistência no hospital. E à Ghina Machado, por tornar a nossa vida no hospital mais leve e divertida, mantendo um profundo respeito e prazer pela profissão.

À Eneida Kageyama, fisioterapeuta do grupo de prótese e órteses do IOT/HCFMUSP, pela dedicação aos pacientes e por ter realizado comigo um ensaio gratificante de transdisciplinariedade.

Às colegas do grupo de orientação Elisa, Andréa, Sabine, Salete, Fátima e Beatriz pela presença e interesse genuíno pelo trabalho de cada colega. À Carla, companheira passo a passo, desde a seleção até a conclusão praticamente simultânea, agradeço a companhia na jornada, a disponibilidade e a torcida de sempre.

Aos pacientes que nos últimos anos me fizeram parte de suas vidas ao partilhar comigo suas experiências e sentimentos.

RESUMO

GALVÁN, G.B. *Corpo ferido: Os caminhos do self a partir de uma ruptura na integridade corporal*. 2008. 120f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

Este trabalho surgiu a partir da experiência como psicóloga do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Mais especificamente ao longo dos anos trabalhando no Grupo de Prótese e Órteses, com pessoas que sofreram amputação de um ou mais membros. A perda de uma parte do corpo implica alterações significativas na vida de um indivíduo, sendo que as amputações decorrentes de acidentes em geral têm a característica de serem súbitas e imprevisíveis, ocasionando mudanças bruscas para as quais não existe preparo possível. A principal questão que norteou este trabalho diz respeito às conseqüências psíquicas que uma perda física pode ocasionar. Procurou-se compreender de que forma, diante de uma ruptura no corpo, há uma interferência na organização psíquica e na maneira pela qual o indivíduo percebe o mundo e se percebe nele; isso, durante o período de reabilitação. Buscou-se refletir sobre um momento de perda da integridade corporal e seus reflexos na unidade psicossomática, a partir de casos clínicos, tendo como referência a psicanálise winnicottiana. Dessa forma, levou-se em conta o percurso do desenvolvimento emocional segundo a teoria do amadurecimento pessoal de D.W. Winnicott para se refletir acerca da possível relação existente entre o estágio alcançado nas tarefas próprias do desenvolvimento normal pelo indivíduo e as conseqüências em termos da continuidade ou não do processo de amadurecimento após a amputação. Para esta investigação utilizou-se o método clínico e o referencial psicanalítico, sendo que para a análise da questão proposta neste trabalho foram apresentados quatro casos clínicos. A perda de uma parte do corpo ocasionou mudanças em todos os indivíduos que fizeram parte deste estudo. Mudou o corpo, a forma de se locomover, o trabalho, o sustento pessoal e familiar, o contato social. Porém a maneira por meio da qual cada um percebeu, significou e vivenciou essa perda e essas mudanças não foi equivalente nem determinada pela qualidade da perda. Assim, concluímos que as conseqüências psíquicas de uma perda física serão aquelas relativas às condições que cada indivíduo tem de elaborar imaginativamente essa perda e transformá-la em vivência, experiência, história pessoal e interpessoal. A articulação da teoria com a análise e discussão do material clínico permitiu perceber que não é possível caracterizar uma clínica dos amputados. Isso porque o que temos são tantas clínicas quanto nos for possível conhecer os indivíduos amputados em seu processo de amadurecimento pessoal anteriormente à amputação. Ou seja, uma amputação não direciona incondicionalmente o modo de um indivíduo estar no mundo, mas implica alterações significativas em sua existência, o que remete à necessidade de reformulações em sua identidade para incluir essa nova dimensão de experiência. A dificuldade em realizar a elaboração imaginativa dessa perda, pode tornar a amputação um acontecimento não integrado na vida de uma pessoa, com conseqüências prejudiciais à sua saúde e ao seu desenvolvimento.

Palavras chave: Amputação; reabilitação; psicanálise; Winnicott, Donald Woods; representação de si

ABSTRACT

GALVÁN, G.B. *Injured body: the paths to the self after a rupture in the corporal integrity*. 2008. 120f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

This work arose from the experience as a psychologist in the Institute of Orthopedist and Traumatology of the Hospital das Clínicas of the faculty of Medicine of the University of São Paulo. More specifically along the years working on the Group of Prothesis and Orthosis, with people that suffered amputation of one or more members. The loss of a part of the body involves significant changes in the life of a person. The amputations originated from accidents in general have a characteristic of being sudden and unpredictable causing abrupt alterations in which no preparation is made possible. The main subject which directed this work concerns the psychic consequences that a physical loss causes. We intend to understand in what way, from a rupture of the body, there is the interference of the psychic organization and in what way the person notices the world and perceives himself in it; this, during the period of rehabilitation. We wanted to reflect about the moment of the loss of the integrity of the body and its reflexes on the psychosomatic unit, from clinical cases, with the theoretical reference of maturing of D. W. Winnicott. In this way, we took into account the course of the emotional development according to the theory of personal maturing to reflect about the possible relation existing between the stages reached on the proper tasks of the normal development of the person and the consequences in terms of continuity or not of the process of maturing after the amputation. For this investigation we used the clinical method and the psychoanalysis reference. For the analysis of the subject proposed in this work we presented four clinical cases. The loss of a part of the body caused changes in all of the persons which were part of this study. Changed the body, the way to move, the job, the personal and family maintenance, the social contact. In the other hand the way through which each one perceives, signifies and lives this loss and these changes was not equivalent nor determined by the quality of the loss. This way, we conclude that the psychic consequences of a physical loss are those related to the conditions that each person has to elaborate imaginatively the loss and transform it in a way of life, experience, personal and interpersonal story. The articulation of the theory with the analysis and discussion of the clinical material permitted to notice that it is not possible to characterize a clinic of the amputated. This because what we have are as many clinics as we are able to know the amputated persons in their process of personal maturing previous to the amputation. Or else, an amputation does not direct unconditionally the way that a person exists in the world, but implies in significant alteration of his existence, what refers to a need of reformulations in his identity to include this new dimension of experience. The difficulty in accomplishing the imaginative elaboration of this loss, can transform the amputation in a non integrated occurrence in the life of a person, with bad consequences to his health and to his development.

Key-words: Amputation; rehabilitation; psychoanalysis; Winnicott; self

SUMÁRIO

1 – APRESENTAÇÃO.....	01
2 – INTRODUÇÃO.....	11
2.1 A Clínica dos Amputados.....	11
2.1.1 A rotina do grupo.....	11
2.1.2 Sobre os pacientes.....	13
2.1.3 O lugar do psicólogo.....	17
2.1.4 Observações e reflexões acerca da experiência da amputação.....	19
2.2 Corpo e desenvolvimento: Alguns apontamentos.....	22
3 – FUNDAMENTOS TEÓRICO- METODOLÓGICOS.....	26
4 – A CONSTITUIÇÃO DO SI MESMO NA TEORIA DE D.W. WINNICOTT.....	32
4.1 A teoria do amadurecimento pessoal.....	32
4.2 Princípios gerais da teoria do amadurecimento pessoal.....	38
4.3 As primeiras tarefas: Integração, Personalização, Início das Relações Objetivas...41	
4.4 Transicionalidade.....	49
4.5 Uso do Objeto.....	53
4.6 Concernimento.....	56
5 – CASOS CLÍNICOS.....	61
5.1 Luís.....	61
5.2 Rogério.....	80
5.3 Robson.....	88
5.4 Edson.....	94
5.5 Síntese dos casos clínicos.....	104
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115
ANEXO 1.....	120

1 – APRESENTAÇÃO

Em julho de 1998, passei a trabalhar, como psicóloga, no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da FMUSP, mais especificamente no Grupo de Prótese e Órteses. Esse grupo, multiprofissional, tem como objetivo principal a reabilitação de pessoas que sofreram amputações de membros. Como o próprio nome denuncia, a assistência, apesar de buscar uma abordagem mais integrada do indivíduo, é voltada para a protetização, ou seja, a adaptação ao uso de uma prótese, em substituição ao membro perdido.

O Instituto de Ortopedia e Traumatologia faz parte do complexo Hospital das Clínicas e, portanto, é um hospital-escola, ligado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A assistência nesse hospital-escola desperta inúmeros questionamentos, uma vez que há muito espaço para propor novas formas de intervenção. Há condições, por exemplo, para recriar a assistência, porém nem sempre há espaço para repensar os papéis e as limitações de cada profissional em seu exercício diário de estar com o paciente, dentro de cada especificidade - o que aumenta a necessidade de ir em busca de grupos de referência, dentro de outras instituições, que auxiliem na “oxigenação” das idéias e no pensar com certo distanciamento sobre a Instituição em que se está inserido.

Assim, o presente trabalho iniciou-se nesse contexto e naquele momento em que ingressava como a psicóloga responsável por atender os pacientes desse grupo específico. Muitas foram as questões que se impuseram ao longo desses anos, desde as mais gerais como a questão da deficiência física, a da reabilitação, a do papel dos profissionais de saúde na relação com os pacientes e a do papel do psicólogo nesse

contexto, até outras mais específicas, em termos de desenvolvimento individual e subjetividade.

Muitos foram os pacientes atendidos, seja no momento agudo da internação, quando a perda se configura como irreversível, seja no processo de reabilitação, quando a prótese costuma adquirir o status de solução/salvação. O contato com cada paciente - cada história, cada universo individual - foi configurando um campo de reflexão a respeito da vivência de ter o corpo mutilado.

Certamente não existe o que poderíamos chamar de características psicológicas de pacientes amputados ou qualquer outro tipo de generalização superficial que pudesse nos dar parâmetros de comportamentos com os quais lidarmos utilizando fórmulas pré-estabelecidas. Porém, ao longo do tempo foi possível observar algumas dinâmicas que se repetiam na relação desses pacientes consigo mesmos, com a família, com a Instituição, com a reabilitação e comigo, enquanto psicóloga e representante daquilo que seria “o emocional”, em um suposto contraponto ao “físico” - neste caso, de domínio da medicina e da fisioterapia.

Assim, alguns casos foram marcantes, por condensar de forma significativa reflexões vindas da prática cotidiana. Gostaria de citar particularmente três casos que, cada um por suas características e também pelo momento específico em que surgiram, chamaram a atenção, para análise mais aprofundada, de um aspecto particular desse complexo fenômeno que é ver-se diante de uma nova forma de ser - no sentido de ser diferente daquilo que se era.

O primeiro caso, a história de Gustavo, trouxe à tona a questão da relação paciente-família e suas implicações na forma de elaboração de uma perda física e suas conseqüências psíquicas. Particularmente em se tratando de crianças e adolescentes, eu percebia que aparecia, de forma significativa, uma reação de luto familiar, especialmente

materna com relação ao fato do filho adquirir uma deficiência. Muitas vezes, a intensidade desta reação, demonstrada seja pela rigidez dos mecanismos de defesa ou por quadros depressivos reativos importantes, superava em muito as manifestações psíquicas do próprio paciente. Tratando a questão como particular de cada caso, muitas interpretações foram possíveis: a mãe como porta-voz de uma dor que não podia em um determinado momento ser vivida e expressada pelo filho; o vínculo mãe-filho como constituído com características tais de interdependência que, apesar de se tratar de uma criança mais velha (7, 8 anos) ou de um adolescente, a reação podia passar por uma indiferenciação momentânea entre mãe-filho; uma vivência de culpa e impotência da mãe, que vivia a “falta” no filho como uma “falta” pessoal ou uma falha em seu papel de mãe; e muitas outras leituras em função de cada caso. Algumas falas foram se constituindo para além dos casos individualmente analisados: por parte da equipe (médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais) algo como “quem precisa de atendimento é essa mãe” ou “os pais não aceitam, tem que mandar eles (sic) para terapia”. Por parte das mães: “não aceito o que aconteceu com ele”, “meu filho não nasceu assim, ele nasceu perfeito”.

Gustavo tinha 16 anos, trabalhava, estudava e morava com seus pais e irmãos, um mais velho e dois mais novos; havia sofrido um acidente de moto que teve como consequência a amputação de uma perna. Chamava a atenção por ser um garoto vivaz e comunicativo, que pouco dava mostras de sofrimento ou angústia diante da perda. Por outro lado, sua mãe aparecia profundamente abalada, dizia-se muito deprimida, inconformada e infeliz com o ocorrido e apontava as consequências emocionais que todos os seus filhos sofriam.

Ao falar de si, Gustavo foi demonstrando que, internamente, havia uma profunda ambivalência. Por um lado sentia-se preservado em sua afetividade, em sua auto-

imagem e em sua auto-estima. Reconhecia-se em sua forma de agir, de pensar, de desejar como o mesmo Gustavo de “antes do acidente”. Por outro lado, percebia-se, não só diferente em sua capacidade física, mas também causador de uma diferença, uma mudança, uma ruptura na vida de cada membro de sua família. Seu pai estava bebendo mais do que o habitual, sua irmã menor sonhava com sangue e acidentes e acordava assustada, nas brincadeiras, tirava as pernas de todas as bonecas; sua mãe chorava muito e dizia que a vida tinha acabado. Gustavo via-se como responsável pelo desmoronamento que identificava ao seu redor. Sentia-se culpado e olhava sua família como vítima. Ao mesmo tempo, havia mágoa e raiva, na medida em que não se sentia acolhido e que não havia espaço, na dinâmica familiar, para o seu sofrimento.

A questão da amputação de Gustavo passou a ocupar o lugar central na vida de sua mãe; ela contava do filho que tivera e que não existia mais: “Eu vejo o Gustavo e não reconheço ele (sic). Eu sempre cobri os meus filhos antes de dormir, agora quando vou cobrir o Gustavo eu vejo aquela perna faltando...é horrível”. Ela vivia a perda de Gustavo, a morte de seu filho. Não reconhecia no rapaz amputado o seu filho idealizado, percebia-o como “um deficiente”, incapaz de ter uma vida normal e de “satisfazê-la” como antigamente: “O Gustavo era meu filho mais carinhoso, ele sempre foi muito bom menino. Não que a gente tenha preferência, você sabe, mãe gosta de todos os filhos igual, mas Gustavo era o filho que mais me satisfazia”. Defrontava-se com uma falta que não se sentia capaz de aceitar e de superar.

Ao longo dos atendimentos, Gustavo foi dizendo de seu incômodo com as expectativas maternas a seu respeito, sentia-se inclinado a ser o filho que sua mãe imaginara, embora nem sempre isso estivesse de acordo com suas próprias expectativas a respeito de sua vida: “Eu nunca gostei de estudar, mas sempre disse pra minha mãe que um dia eu ia fazer uma faculdade e quando me formasse dava o diploma pra ela”.

Ele também contou de muitos outros acidentes que sofrera com a moto, embora não houvesse nenhum com a mesma gravidade. Após cada um deles, Gustavo reafirmava a sua escolha por continuar andando de moto, contra a vontade dos pais: “...eu trabalhava, comprei a moto porque eu quis...minha mãe fala que se eu tivesse escutado eles (sic), nada disso teria acontecido, eu não sei, eu fico pensando que ela tem razão, mas eu sempre quis ter moto. (...)

Entrar em contato com a repercussão que a amputação de Gustavo trouxe para cada membro de sua família e para a própria dinâmica familiar me fez pensar no papel desempenhado por Gustavo nesse contexto. Ao mesmo tempo é possível questionar o papel dessa família no desenvolvimento de Gustavo, quais as possibilidades que ele encontrou na vivência da adolescência, em termos de suporte familiar, para buscar a independência e encontrar um caminho próprio, menos voltado para ser o filho/homem que se esperava que fosse.

Gustavo me fez pensar no lugar que a amputação de um membro pode ter no universo simbólico e vivencial de um indivíduo e se isso pode ser compreendido olhando-se com atenção as configurações relacionais que se estabelecem como consequência dessa perda. Também trouxe a questão do desenvolvimento do indivíduo em direção a se constituir como um ser integrado e a busca de um ambiente que possa servir como espelho, refletindo a própria pessoa, em um tempo que transcende a primeira infância. Para Gustavo não bastava não se sentir “diferente” após a amputação, necessitava que a família também pudesse reconhecê-lo como ele mesmo, queria continuar sendo visto como filho, irmão, namorado, enfim reaver o lugar que tinha antes do acidente e que havia perdido para a perna ausente, para a falta. Para além da família, aqui se pode pensar como ambiente também a equipe de saúde que se propõe a tratar

desses pacientes, como possibilidade de sustentação de um indivíduo diante de uma crise dessa natureza.

Começava aqui a surgir um campo de pesquisa que ia se delimitando entre a infinidade de ângulos de abordagem possíveis.

O segundo paciente, que chamarei de Ricardo, representou a mais profunda vivência de morte diante da amputação, a depressão decorrente da certeza de que, diante desse trauma, a vida não poderia ser compreendida, significada e, portanto, não poderia ser vivida. Complementarmente à questão evidenciada por meio de Gustavo - do olhar para o indivíduo e seu ambiente, sempre indivisíveis - Ricardo apontou como uma lente de aumento para a experiência essencialmente subjetiva, tendo como parâmetro a relação transferencial estabelecida comigo.

Ricardo, 25 anos, também sofrera um acidente de moto que tivera como conseqüência a perda de uma perna. Trabalhava e morava com os pais e um irmão que desenvolvera uma doença neurológica incapacitante. No momento do acidente, ele estava dando carona para a namorada, passava por uma avenida grande e movimentada e, pouco antes de chegar ao destino, um carro entrou na contra mão e atropelou o casal. A namorada faleceu no acidente. Ricardo chorava muito, quase não saía de casa e não tinha motivação alguma para ir ao hospital, a família estava muito preocupada com sua tristeza e apatia.

No primeiro encontro comigo, falou muito da namorada, da impossibilidade de viver sem ela. Após algum tempo passou a nomear o profundo estranhamento que sentia com relação a si mesmo. Existia um antes e um depois da namorada e do acidente. O depois era um universo desconhecido, o tempo passava sem rumo e ele se sentia ausente de si mesmo: “Eu penso tanta coisa que não consigo entender, não sei, eu falando aqui, eu escuto e parece que não sou eu”. O vazio era marcado por uma sensação de

incompreensão a respeito do próprio sentimento e uma impossibilidade de organizar, pensar, formular, narrar a sua vivência. Paradoxalmente pouco falava da perda de sua perna, dizia que isso não tinha importância, que para ele não fazia nenhuma diferença, que não se sentia amputado. Ele se perguntava todo o tempo, quem era, qual era o motivo de sua existência e o que deveria fazer com ela. Sentia-se culpado por ter “entrado na vida” da namorada como um “anjo da morte” (namoravam havia pouco mais de dois meses), já que se não o conhecesse, não estaria com ele no momento do acidente. Questionava a sua vida e sua responsabilidade para com ela. Perguntava-se por que ele, que pouco havia realizado em sua vida e que, pelo contrário, havia participado da morte da namorada, era saudável e o seu irmão - a seu ver mais inteligente e capaz do que ele - tinha uma doença que limitava suas possibilidades de realização.

Sua relação comigo era pautada por presenças seguidas de ausências. Ricardo vinha em uma sessão e faltava na seguinte ou nas seguintes. Algumas vezes me procurava fora de seu horário (após alguma falta) e me dizia: “Preciso falar com você”. Eu entendia suas faltas como medo de sua própria destrutividade.

Ricardo me fez pensar na questão do acidente e das perdas como um trauma capaz de interferir significativamente no desenvolvimento emocional da pessoa que o vivencia. Mais especificamente trouxe à tona aspectos relacionados à agressividade e à culpa, neste caso, condensadas pelo acidente e suas conseqüências (morte da namorada e perda da perna), e que se traduziram em depressão.

Ricardo acrescentou à reflexão, favorecida por Gustavo, o direcionamento do olhar para o indivíduo que se apresenta, o momento do desenvolvimento emocional em que se encontra e a relação disso com a perda física que lhe foi imposta.

Houve ainda um terceiro caso que, junto com os outros dois conduziu à formulação da questão que norteia este trabalho: Jonas, 10 anos, nascera com fêmur

curto congênito, uma má formação que implicara uma diferença muito grande entre as suas pernas, em termos de comprimento. O seu pé (da perna curta) era torto e sem força. Entre dois e nove anos foram realizados vários procedimentos, inclusive cirúrgicos, na tentativa de corrigir a deformidade. Finalmente, considerou-se que o seu pé não tinha função - uma vez que não servia como apoio e dificultava o uso de uma prótese - e que a amputação lhe permitiria uma qualidade de vida melhor. A sensação da equipe que o tratava era que já conhecia o paciente, que a amputação não se constituiria em uma perda significativa, pois em termos funcionais esse pé era “um estorvo”. Além do que, Jonas e sua mãe aceitaram a cirurgia proposta com alívio e esperança de, em fim, resolver o problema.

Conheci Jonas uma semana antes da cirurgia de amputação, acompanhei-o durante a internação, sendo que nesse período mostrou-se bastante reticente ao contato: não conversava, não desenhava, não jogava, não brincava, não se expressava.

Após 15 dias da cirurgia e da alta hospitalar, Jonas e sua mãe voltaram ao hospital assustados. Desde que voltara para casa, Jonas passava o dia “coçando” a perna amputada, em um movimento contínuo e compulsivo. Relatava que sentia necessidade de esfregar a perna, embora não sentisse coceira; dizia que não sabia por que esfregava, só sabia que não conseguia parar. Assim, esfregar a perna não era uma ação relacionada com um estímulo corporal (coceira, por exemplo) e, apesar de sua pele estar machucada pela fricção constante, não causava dor ou desconforto: “não sinto nada, só não consigo parar de esfregar”. Era como se aquela perna estivesse desligada do corpo, como se não fizesse parte.

Sua mãe procurou a mim e à fisioterapeuta (com quem tinha um vínculo de muitos anos) porque se sentia confusa e estava preocupada com o sintoma que Jonas apresentava e com o fato de ele relatar que tinha a sensação de que o pé amputado ainda

estava lá. A fisioterapeuta intensificou o trabalho de propriocepção e de orientação quanto à sensação do membro fantasma (presente em todos os amputados, durante algum período de tempo que varia de pessoa para pessoa). Os atendimentos psicológicos continuaram e, após longos períodos de silêncio, Jonas começou a verbalizar seu estranhamento diante da ausência de seu “pezinho”, sua sensação de não saber como interagir, como se relacionar, como se comunicar, como se ver: “Antes, se eu fosse cair, podia me apoiar no meu pezinho; se alguém me empurrasse eu podia chutar, agora não sei como fazer... eu gostava do meu pezinho”. Após duas semanas, a necessidade de esfregar a perna sumiu.

O caso de Jonas levantou a questão do corpo e sua relação com a subjetividade e a percepção de si mesmo. Ele mostrou que não se trata apenas de enfrentar as dificuldades advindas da perda funcional que uma amputação causa, nem somente de compreender o significado que cada pessoa confere a essa perda e essa vivência, mas que um indivíduo é uma unidade psique-soma e que uma amputação pode incidir sobre essa unidade de forma contundente.

Esses casos, mais do que oferecer respostas, permitiram formular questões, perceber que existe um aspecto primordial que perpassa cada um dos indivíduos que se viu diante de uma ruptura inscrita em seu corpo, que é a questão da identidade, do ser si mesmo. Cada uma dessas histórias direcionou meu olhar para um aspecto de forma mais incisiva, porém todos estão necessariamente interligados.

Assim, a partir desses três vértices, que emergiram no acompanhamento dos casos brevemente relatados - relação indivíduo-ambiente, desenvolvimento emocional individual e unidade psicossomática - se abriu a possibilidade de estruturar um trabalho que pudesse contribuir para uma compreensão profunda e verdadeira dessa vivência,

além de revisitar, à luz de um referencial teórico consistente, os caminhos da individuação do ser humano.

2 – INTRODUÇÃO

A título de introdução, gostaria de caracterizar o campo de pesquisa utilizado, a clínica dos amputados, e destacar alguns conceitos que considero relevantes para encaminhar este trabalho. É fundamental a familiarização com o funcionamento e as características dessa clínica, na instituição específica onde foi abordada, uma vez que há questões significativas que perpassam a realização e a análise deste trabalho e dizem respeito à concepção e à estrutura da assistência oferecida aos indivíduos que sofrem uma amputação.

2.1 A CLÍNICA DOS AMPUTADOS

2.1.1 A rotina do grupo

O Grupo de Próteses e Órteses faz parte do Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). É constituído por uma equipe multidisciplinar composta por ortopedista, fisiatra, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, enfermeiro e técnico em próteses. Os pacientes amputados passam por avaliação médica e são admitidos no grupo para reabilitação. No início do processo são avaliados pelo fisioterapeuta, pelo psicólogo e pelo assistente social. São acompanhados uma ou duas vezes por semana, de acordo com a necessidade de exercícios físicos e a possibilidade de comparecimento ao hospital. Após algum tempo, de acordo com as condições de cada paciente, é prescrito o tipo de prótese que será utilizada e realizado encaminhamento à oficina ortopédica para sua confecção. Durante o período de elaboração do material (entre um e três meses), o paciente aguarda em casa e, finalmente, retoma o treinamento, já com prótese, pelo tempo necessário.

Desde que ingressei no grupo, foi possível perceber diversas contradições entre os objetivos explícitos da equipe e a sua prática. Teoricamente o objetivo da reabilitação está além do treino de uso de prótese; inclui uma abordagem integrada da pessoa, abarcando todos os aspectos que compõem a sua vida. Porém, na prática, há um nítido direcionamento, mais ou menos consciente, rumo a um tratamento prioritariamente funcional, focado no uso da prótese. Os pacientes orientam suas idas ao hospital, pautados na indicação de fisioterapia; dessa forma, quando estão dispensados das sessões de fisioterapia ou da consulta médica, dificilmente comparecem para o atendimento psicológico. Para além das dificuldades sociais e de locomoção que essas pessoas enfrentam, penso que algo aí aponta como indicativo de uma tentativa de “suspensão” da subjetividade, em busca de alguma coisa que se ofereça como solução apaziguadora da falta, da dor, da angústia: a prótese.

A prótese apresenta-se imbuída de importante significado para os pacientes. Ela remete para a possibilidade de voltar a ser o que se era, na medida em que permitirá voltar a fazer o que se fazia e se deixou de fazer. Também representa uma solução rápida e imediata para uma situação que parece, muitas vezes, intransponível. Assim, é como uma garantia de transitoriedade do sofrimento e das limitações: há solução possível. E aqui se encontra uma das grandes contradições dessa equipe que sabe, pela via da experiência, que aquilo que pode ser oferecido aos pacientes não se resume à prótese. E também sabe que esse objeto não é detentor de tamanho poder. Porém o tratamento é pautado na protetização; daí, por exemplo, a “dispensa” do paciente enquanto se confecciona a prótese: para que ele viria ao hospital? A dimensão relacional e “emocional” é delegada ao psicólogo, em contraste com a dimensão “do corpo”, “física”, para a qual é oferecida a prótese, enquanto substituição de função.

Essa é uma importante questão, considerando que não é exclusiva desse grupo específico, nem mesmo dessa instituição em particular. Se, por um lado, a dimensão psíquica do indivíduo que adoece é indiscutivelmente considerada quando se pensa e se estrutura uma equipe de saúde, na prática, a forma como se trabalha tende mais para uma visão biológica do ser humano, do que uma visão psicossomática. Consideremos o próprio modelo de assistência multidisciplinar, amplamente utilizado nas instituições de saúde - pautado em uma subdivisão de especialidades que rompe com a indivisibilidade do ser humano. Sabemos que conhecer com exatidão cada parte do organismo que está sendo tratado possibilita um tipo de maestria que traz conseqüências benéficas ao tratamento; mas também é preciso reconhecer que a soma das partes é diferente do todo e que o organismo é um indivíduo, cuja dinâmica é extremamente complexa, justamente por ser indivisível.

O que se quer destacar aqui é que, embora na teoria e nas intenções, se considere que, em uma situação de adoecimento, o ser humano deve ser tratado como um todo, essa premissa ainda não se traduz integralmente na prática assistencial. Ainda é necessário que se atente - nos diversos níveis de formação e de atuação dos profissionais da saúde - para a necessidade de transformar um saber tido como consensual em uma assistência que, intrinsecamente, considere e, portanto, trate do indivíduo com uma doença, abarcando suas várias dimensões - social, relacional, cultural, psíquica e corporal - com o entrelaçamento que lhe é próprio.

2.1.2 Sobre os pacientes

Os pacientes que procuram assistência no IOT/HCFMUSP para reabilitação sofreram algum tipo de amputação e estão em busca de uma alternativa,

preferencialmente o uso de prótese, que lhes permita reaver a função prejudicada com a perda de um membro.

Uma amputação pode ser causada por diversos fatores: em crianças as causas mais comuns são deformações congênitas e acidentes. Em adolescentes, tumores ósseos e traumas como acidentes de trânsito (motocicleta); em adultos jovens, também traumas (aí incluídos os acidentes de trabalho, ferimentos por arma de fogo) e osteomielite (infecção óssea, originada de uma intervenção cirúrgica ou fratura exposta, de difícil e longo tratamento, inclusive com recorrentes internações e cirurgias) e em idosos, vasculopatias, principalmente decorrentes de diabetes.

É importante destacar que tanto a causa da amputação quanto a idade em que ela ocorre são fatores relevantes na análise das conseqüências vividas por cada indivíduo. Naturalmente não são determinantes de direcionamentos psíquicos, mas nos dão um pano de fundo importante para o recorte que será feito.

Então vejamos: a escolha por pacientes amputados por trauma se deu considerando o impacto causado por um evento inesperado e que, necessariamente, implica mudanças imediatas referentes ao próprio cotidiano. Consideremos que se trata, em termos de realidade externa, da passagem **da ação para a espera**. Isso porque a faixa etária mais atingida compreende pessoas em plena atividade, seja de estudo, trabalho, ou de ambos, que direcionavam suas vidas em busca de determinado objetivo financeiro e/ou profissional, e aqui não estou considerando a qualidade ou a satisfação proveniente das atividades exercidas. Considero apenas o contraponto entre uma rotina de vida permeada pela ação e produção, em termos ocupacionais, por exemplo, que é repentinamente substituída por um compasso de espera, em termos de um tratamento que não se realiza no imediatismo imaginado. Ou seja, há um longo caminho a ser percorrido desde a internação durante a qual é realizada a cirurgia de amputação, que

passa pela cicatrização, início de tratamento fisioterápico, prescrição do tipo de prótese mais adequada, confecção e treino para seu uso. Nesse caminho muitas podem e são as intercorrências possíveis.

Essa passagem freqüentemente é significada e vivida pelas pessoas acometidas como:

1. Da atividade para a passividade. A espera por algo que vai chegar e “resolver” o problema que está sendo vivenciado é referida por muitos pacientes como impossibilidade de continuidade em todos os aspectos da vida. A existência entra em um tipo de compasso de espera, que aparentemente não permite que o indivíduo faça planos, sonhe, porque se sente muito inseguro com relação à sua capacidade de realização: “Não sei o que vou poder fazer com a prótese, como vou me virar com ela”.

2. Da independência para a dependência. Também é relevante refletir sobre o momento agudo, no qual há uma dependência física, explicitada na necessidade de cuidados e de auxílio para realizar tarefas “básicas” como se alimentar, se locomover; que é vivida, muitas vezes, como retrocesso na capacidade de ser autônomo, de poder escolher, desejar e ser desejado. A limitação física coloca a pessoa diante da realidade que sempre esteve presente: que a independência é relativa, porque, ainda que em condições físicas ideais não é possível se prescindir de um outro. O que surge como reflexão é de que angústia se trata, quando esta percepção de dependência é vivida como algo muito negativo, ameaçador e que remete à desvalorização e submissão. Penso que se trata de compreender o desenvolvimento emocional de cada pessoa e seus entraves para compreender essa vivência. A propósito desse aspecto, cabe aqui destacar um caminho já apontado por Amiralian (2003) para se refletir sobre a questão da dependência, referindo-se ao atendimento às pessoas com deficiências:

A questão da dependência/independência, da autonomia e de como ela deve ser compreendida é uma questão fundamental para os indivíduos com deficiência. Observa-se muitas vezes nas relações com essas pessoas que não fica clara a diferença entre a noção de independência como um sólido Eu-sou, um assumir e controlar seus próprios impulsos estabelecendo trocas satisfatórias entre o mundo interno e externo e proporcionando espaço à espontaneidade na manifestação externa, e a necessidade de ajuda, devido a uma limitação somática ou funcional, para alguma ação que expresse o seu si mesmo. A confusão entre uma inevitável limitação física ou psíquica e a condição de dependência nas relações interpessoais é um fato que precisa ser discutido, analisado e elaborado em cada caso com o cliente, seja adulto ou criança, e com seus familiares. Creio que essa é uma questão nodal a ser considerada no atendimento às pessoas com deficiências. (Amiralian, 2003, p.7)

3. Da normalidade para a deficiência. A questão da mudança visível no corpo, caracterizada por uma falha decorrente de uma falta, uma perda. Aqui temos o aspecto do luto por uma perda. Perda com múltiplos sentidos: perda de um membro, de uma função, de algumas capacidades, do corpo saudável, de um determinado lugar subjetivo.

Assim, podemos pensar a “deficiência adquirida” a partir de dois eixos de compreensão. “Adquirida” se referindo ao eixo tempo-espço, do momento vivido, da experiência. “Deficiência”, enquanto marca inscrita no corpo, relativa à unidade psicossomática que constitui o indivíduo, o ser, o self, o lugar no mundo, o grupo de referência, os pares. Portanto, podemos pensar em “deficiência adquirida” como uma mudança significativa na experiência de ser no mundo, que era de determinada maneira, com características próprias, num certo espaço de pertencimento e referência. Alteração repentina, que não é fruto da passagem do tempo assimilado como vivência, mas sim de um momento pontual da história pessoal.

2.1.3 O lugar do psicólogo

Falar do lugar do psicólogo nessa clínica implica desmembrar os três vértices que a compõem. Há o lugar de onde o psicólogo é chamado a atuar, que inclui uma demanda específica, que é a da instituição, da equipe que solicita um psicólogo como membro a partir de uma suposição de saber e de poder deste profissional sobre os pacientes. Há a demanda dos pacientes, esta sempre variável, de acordo com a constituição psíquica de cada um. E há o lugar a partir do qual o psicólogo se propõe a responder a essas demandas.

A primeira solicitação da instituição se referia, desde o início de meu trabalho nesse grupo, a manter a chamada “abordagem integral”, “ver o paciente como um todo”. Supostamente, a presença de um profissional de cada área garantiria a realização desse objetivo. Assim, a estrutura de uma equipe interdisciplinar, com vários “técnicos” “avaliando” todos os pacientes e uma reunião semanal, daria conta da forma da abordagem e tranquilizaria a instituição, embora obviamente não garantisse o conteúdo, ou seja, uma intervenção verdadeiramente integrada e, neste caso pode-se dizer, integradora. Portanto, a primeira demanda era da presença técnica. Todas as equipes de reabilitação devem ter um psicólogo. A segunda se referia à sustentação dos pacientes: conter e resolver aquilo que fosse da ordem da angústia e da dor e que, ao se expressar fora da sala do psicólogo, sairia daquilo que é possível dar conta dentro de um hospital onde prevalece a busca da cura, da ordem, do objetivo, do padrão. Com relação a esta questão, falando do lugar do analista no hospital, Moretto (2001) aponta:

Apurada a demanda da instituição, esta era da ordem do acalmar, eliminar qualquer espécie de angústia que estivesse circulando no ar, convencer os pacientes de alguma coisa que ainda não se conseguiu, de socorrer aquele, qualquer que fosse ele, que estivesse ddespencando (Moretto, 2001, p.21)

Tkacz (2002) em seu estudo acerca do lugar da psicanálise no hospital geral também aponta para a importância de compreender a demanda dos profissionais do hospital (assistente social, enfermeiro, médico e outros) e a situa em dois registros. Um deles diz respeito a um “suporte emocional” que se espera que o psicólogo ofereça ao paciente e o outro registro relativo à necessidade do próprio profissional de ser escutado em seu sofrimento. Aqui, muitas vezes se trata da angústia despertada no profissional pelo sofrimento ou posicionamento do paciente diante de sua doença. Supostamente, eliminando a angústia do paciente, não haveria conflito nem angústia na equipe.

A expectativa é que o psicólogo faça com que o paciente aceite o mais prontamente possível a sua condição, seja ela qual for, a partir da suposição que a aceitação equivaleria à satisfação e que, particularmente no caso da reabilitação de pessoas amputadas, a aceitação da perda do membro repercutiria em um processo de reabilitação com menos dificuldades.

Certa vez, em uma reunião multidisciplinar, uma médica fisiatra levantou a seguinte questão: “Como vocês (psicólogos) fazem para alguém aceitar que vai ter que viver o resto da vida sem se mexer (no caso de tetraplegia) e ainda ficar feliz com isso?”. A resposta a essa pergunta é o que marca o lugar do psicólogo em uma determinada equipe. Qual é o objetivo do profissional, para além daquilo que lhe é demandado?

No meu caso, a atuação não foi voltada para a adaptação do paciente à sua realidade atual, nem mesmo à busca de um alívio imediato para a dor e a angústia vividas. Ao analisarmos a complexidade dos fenômenos psíquicos envolvidos nesse tipo de trauma, torna-se explícito que a adaptação funcional e a retomada formal das atividades cotidianas não se constituem como o principal foco da assistência psicológica. Talvez a minha principal intervenção tenha sido incluir a subjetividade das pessoas que ali estavam para tratamento, não só na reabilitação, mas na própria dinâmica de cada

pessoa. Marcar que ali existia um indivíduo, com necessidades próprias e que, por meio da relação terapêutica podia encontrar uma forma de significar aquilo que estava vivendo.

Isso significa que muitas vezes o que pode ser oferecido - enquanto escuta e presença que busca um encontro da pessoa com aquilo que é seu, próprio e genuíno - não pode ser utilizado em determinado momento e contexto psíquico. A demanda do paciente muitas vezes é de distanciamento do que lhe é próprio, mas não lhe é suportável; neste caso há uma recusa de atendimento psicológico, sentido mais como ameaça, do que como possibilidade de construção e individuação. Na fala de um paciente: “Eu tô (sic) bem, tenho a mente forte. Tô de boa (sic), essas coisas acontecem, é só ter a mente forte”.

2.1.4 Observações e reflexões acerca da experiência da amputação

É necessário lembrar, de início, que as experiências vividas, por mais intensas e traumáticas que possam ser consideradas, não têm o mesmo efeito em todas as pessoas que as vivem. Assim, o que pode ser traumático para um indivíduo, pode não ser para outro, que tenha condições de tolerar o acontecimento e elaborá-lo psiquicamente, acolhê-lo em sua rede simbólica.

Isso nos remete para a impossibilidade de generalizações a respeito das conseqüências de uma amputação na dinâmica psíquica de uma pessoa. O que podemos afirmar é que o impacto e as repercussões dependerão de quem é esta pessoa. Em que momento de seu desenvolvimento se encontra, em termos cronológicos e emocionais; com que estrutura relacional pode contar e como foi se constituindo até então. Por outro lado, a prática clínica mostra que a perda de um membro provoca um impacto significativo na vida de um indivíduo. Ou seja, parece que não é possível viver essa

experiência, pela sua intensidade intrínseca, sem algum tipo de desequilíbrio na organização psíquica, ainda que, na maioria dos casos, temporário.

Ao longo do tempo também foi possível observar certa semelhança no modo das pessoas reagirem - em sua fala e em seu posicionamento subjetivo - a esse evento, o que levou a questionar a existência de dois pólos de reação, que talvez tenham a mesma essência em comum, talvez sejam a manifestação do mesmo fenômeno.

Muitos pacientes atendidos tinham uma fala bastante unificada no sentido de que tudo estava bem, nada havia mudado em suas vidas, não sentiam nada digno de menção ou expressão. O relato é de uma não-vivência, nenhuma percepção de diferença, seja física ou emocional. A experiência dá lugar a uma racionalização sobre a experiência: “Para mim não mudou nada, eu tô normal. Não adianta nada ficar triste, preocupado, isso não resolve nada, então eu fico bem”.

Vash (1988) coloca este tipo de reação como um mecanismo de defesa (negação) freqüentemente presente em uma fase inicial de contato de indivíduo com o fato de ter adquirido uma deficiência. Menciona o trabalho de Kerr (1977) que descreve cinco estágios no processo de ajustamento à deficiência permanente: o choque, a expectativa da recuperação, o luto, a defesa e, ao final, o ajustamento; sendo que diferentes variantes da negação estão evidentes nos estágios de choque, de expectativas de recuperação e de defesa. (Kerr, 1977 apud Vash, 1988, p.144). A questão que se coloca é se a negação, nesse contexto, pode e deve ser entendida como adaptativa ou como sintoma de dificuldades de elaboração da vivência e do sofrimento decorrente da nova condição física. Segundo a autora, a visão da negação como sinal psicológico de fraqueza do ego perde sentido à medida que se considera o seu valor como meio de sobrevivência do sujeito; por outro lado, à medida que as pessoas deficientes abandonam “a ‘proteção’

que a negação propicia, podem passar para o estágio de ajustamento de Kerr (1977) e dele para níveis mais altos de desenvolvimento psicológico” (Vash, 1988).

Os pacientes aqui apresentados foram atendidos em um momento que equivaleria à fase acima descrita como “expectativa de recuperação” e/ou “defesa”, o que nos leva a pensar que a negação, nesse momento, pode ser considerada um fenômeno esperado e relativamente freqüente, já relatado na literatura. Porém, penso que aquilo que esses pacientes expressam pode ser abordado sob outro vértice que não o do mecanismo de defesa, de forma a avaliar o contexto geral da organização psíquica do indivíduo e o seu significado em termos de continuidade do amadurecimento emocional.

O que pude observar no atendimento a estes indivíduos foi um enorme distanciamento de si mesmos. Contratransferencialmente o encontro com esses pacientes me parecia vazio e inútil, como se fosse uma sessão artificial, para cumprir alguma formalidade. Era como se não houvesse ninguém, de fato, naquele encontro; como se aquela pessoa não habitasse o próprio corpo, como uma ausência do outro.

Ausência esta configurada por alguém que teve uma perda física significativa, cuja locomoção tornou-se difícil, que teve sua rotina anterior à amputação completamente alterada (isto para apontar apenas as mudanças mais concretas que ocorrem), e que afirma que nada mudou, que está tudo igual, que se sente ótimo, que logo caminhará com uma prótese e será como se a perna ainda estivesse lá. Nesse momento não é possível reconhecer um ser implicado nessa fala.

Por outro lado, numa expressão oposta à anterior, muitas pessoas, após a amputação, se deparam com profundo sentimento de estranhamento de si mesmas, não se reconhecem, nem fisicamente, nem no que diz respeito às suas reações emocionais. A vivência descrita é de profunda angústia e indefinição com relação ao futuro, às capacidades e às limitações que estão sendo vividas: “Eu não era assim, agora não sei o

que fazer da minha vida... quando estou sentado parece que sou eu mesmo, mas quando tenho que levantar, tudo muda, parece que não sou eu”. O tema principal parece se referir a um desmoronamento da vida e da identidade do indivíduo, em que nada permanece como era anteriormente ao acidente. As falas desses pacientes remetem à ausência de sentido da vida, desesperança com relação ao futuro, não reconhecimento de seu corpo como parte de si mesmos.

2.2 CORPO E DESENVOLVIMENTO: APONTAMENTOS BREVES

O conceito de desenvolvimento perpassa todo o corpo deste trabalho. Se partirmos de uma visão psicanalítica do desenvolvimento humano, teremos várias formas de conceituação, por isso gostaria de destacar o referencial winnicottiano, no qual temos um enunciado básico, ou seja, a tendência ao amadurecimento.

Para Winnicott, o ser humano nasce com uma tendência inata em direção ao amadurecimento, necessitando de um ambiente favorável para que essa tendência possa se realizar. É no encontro específico com um outro, nessa relação que transcende indivíduos isolados, que é possível se pensar em desenvolvimento, crescimento, amadurecimento. Não há, portanto, dúvidas da importância da qualidade desse encontro para o bebê, no início da vida e para todos os indivíduos ao longo do tempo.

A concepção de Winnicott sobre o desenvolvimento está baseada na premissa que o amadurecimento é a realização de uma tendência inata à integração em uma unidade. Essa integração pressupõe uma série de conquistas, que são fundamentais para esse sentido de ser, porém não são definitivas. A conquista de uma unidade não é permanente e intacta, é parte de um processo que, na relação com o meio, pode se perder e se ganhar de forma dinâmica.

Essa idéia de amadurecimento nos leva a pensar que as aquisições de cada fase do desenvolvimento, ou cada “tarefa” que o bebê vai realizando, são conquistas constitutivas. Por outro lado, Winnicott também considera que o processo de amadurecimento pressupõe a possibilidade de voltar a estágios anteriores, em função de situações externas ou internas.

Outro conceito fundamental para pensar as questões relativas às implicações de uma perda física no desenvolvimento de uma determinada pessoa é o conceito de integração psicossomática. Dolto (1984, p.14) coloca, em termos de imagem corporal, que esta vai além do esquema corporal e está ligada ao sujeito e à sua história: “... a imagem do corpo é a síntese viva de nossas experiências emocionais: inter-humanas, repetitivamente vividas através das sensações erógenas eletivas, arcaicas ou atuais”.

O corpo é a base a partir da qual se desenvolve um indivíduo particular, completo e unificado. É a partir da constituição de uma unidade psicossomática que será possível para alguém ser, estar no mundo e continuar sendo ao longo do tempo. Para Winnicott, não existe uma identidade inerente entre psique e corpo; é através do processo de personalização que se dá a unidade psicossomática. O alojamento da psique no corpo (personalização) ocorre a partir dos impulsos do bebê juntamente com um ambiente facilitador. Especificamente nesse aspecto, o manejo (handling) materno - segurar, aconchegar, acariciar, banhar - enfim, todas as experiências físicas e táteis experimentadas pelo bebê e sustentadas pela mãe facilitam a integração psicossomática: “Do ponto de vista do indivíduo em desenvolvimento, no entanto, o self e o corpo não são inerentemente superpostos, embora para haver saúde seja necessário que esta superposição se torne um fato” (Winnicott, 1988, p.144)

É nesse universo do corpo, da subjetividade, da constituição do si mesmo e das reações diante de um abalo físico que este trabalho se propõe a transitar.

Portanto, o objetivo deste trabalho é investigar – no momento em que a pessoa inicia a reabilitação - quais as repercussões psíquicas da amputação de uma parte do corpo, de forma traumática, considerando a constituição da subjetividade e o sentido de si mesmo de um indivíduo.

Ou seja, de que forma, diante de uma ruptura no corpo, há uma interferência na organização psíquica e na maneira pela qual o indivíduo percebe o mundo e se percebe nele; isto, na fase específica, após a alta hospitalar, em que ainda não foram retomadas as atividades anteriores ao acidente e o paciente está envolvido no processo de reabilitação, visando a utilização de uma prótese.

Mais especificamente, busca-se refletir sobre um momento de perda da integridade corporal e seus reflexos na unidade psicossomática, a partir de casos clínicos, tendo como referência a teoria do amadurecimento de Winnicott. Dessa forma, levar-se-á em conta o percurso do desenvolvimento emocional segundo a teoria do amadurecimento pessoal para se refletir acerca da possível relação existente entre o estágio alcançado nas tarefas próprias do desenvolvimento normal pelo indivíduo e as conseqüências em termos da continuidade ou não do processo de amadurecimento após a amputação.

Em suma, este trabalho se propõe a investigar se há e quais são as conseqüências da perda de uma parte do corpo no processo de desenvolvimento emocional de uma pessoa, no que diz respeito à unidade psicossomática e ao sentido de si mesmo.

É intenção de este estudo contribuir tanto para a compreensão teórica dos processos psíquicos relacionados à constituição da identidade das pessoas de uma forma geral, quanto para o entendimento das reações decorrentes de um evento traumático significativo com a característica particular de abalar a estrutura física, que faz parte da vivência de unidade de um ser humano: o corpo.

Com relação à prática, espera-se que este trabalho possa contribuir, por meio da compreensão da vivência de amputação sob o foco proposto, com novas concepções a respeito da reabilitação e perspectivas de abordagem terapêuticas para essas pessoas, e também com o reposicionamento do psicoterapeuta, em sua escuta, manejo e propostas de intervenção.

Dentro do referencial teórico que embasará este trabalho é indispensável focar a constituição do si mesmo de acordo com a teoria de D.W. Winnicott, demarcando as peculiaridades da teoria do amadurecimento pessoal, bem como o conceito de saúde e as fases do desenvolvimento inerentes a essa teoria. Isso para poder refletir sobre alguns casos clínicos à luz desse referencial, na busca de compreender de que ordem é o abalo sofrido com uma perda física e como isso se articula com o caminho percorrido por todos os indivíduos ao longo do desenvolvimento.

3 - FUNDAMENTOS TEÓRICO- METODOLÓGICOS

O presente estudo foi desenvolvido com pessoas que sofreram amputação de membros e estavam vinculadas, para reabilitação, ao grupo de próteses e órteses do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Como já foi apontado anteriormente, há diversas causas que levam à amputação de um ou mais membros do corpo. Este trabalho foi realizado a partir do atendimento psicológico a pacientes que sofreram amputação de membros em decorrência de traumas - acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, ferimentos por arma de fogo, etc. - eventos estes caracterizados por serem súbitos e inesperados. Esse recorte referente à causa da amputação foi necessário uma vez que o objetivo do trabalho está pautado na questão da mudança brusca e imprevisível no corpo de um determinado indivíduo, em determinado momento de seu desenvolvimento. As amputações decorrentes de doenças crônicas, tumores ou deformidades congênitas confrontam a pessoa com outras questões da ordem da cura e da sobrevivência ou das mudanças gradativas impostas ao longo de outros tratamentos, que não poderiam ser abarcadas no foco aqui proposto.

Outro aspecto, que se considerou para a inclusão dos sujeitos, foi que todos estivessem no início do processo de reabilitação. Esse dado também foi considerado relevante uma vez que existem diversas etapas que podem ser delimitadas entre o momento do acidente/trauma e a alta após o período de reabilitação.

Consideramos, por exemplo, uma primeira etapa, o momento da internação. A pessoa está sob o impacto do acidente e da perda propriamente dita e está submetida a tratamentos médicos, que visam preservar a vida, quando há risco, e sanar outras afecções possíveis decorrentes do mesmo evento, como ferimentos em outras partes do

corpo. Após a alta hospitalar, o indivíduo defronta-se com as seqüelas permanentes, para as quais vai em busca de reabilitação. De modo geral, os pacientes que são atendidos no Instituto de Ortopedia e Traumatologia ingressam para a reabilitação quando os médicos avaliam que, do ponto de vista físico, estão em condições de iniciar esse processo. Isso ocorre em um tempo indefinido, normalmente a partir de um mês após o acidente. Porém, esse tempo pode se estender por meses, em função de situações como infecções ou fraturas de longo tratamento ou algum outro tipo de intercorrência clínica que alongue o tempo de internação ou que impeça o início da reabilitação.

Assim, neste estudo não foi considerado o tempo cronológico decorrido entre o acidente e o contato com o paciente. O que se considerou como equivalente em todos os sujeitos foi o período caracterizado pelo fim dos tratamentos médicos e o início da reabilitação.

O contato com os pacientes se deu seguindo a dinâmica natural do grupo mencionado, que consiste em que o paciente seja avaliado por todos da equipe - médico, fisioterapeuta, assistente social e psicólogo - antes de iniciar a reabilitação. Aos sujeitos da pesquisa foi apresentado o termo de consentimento livre esclarecido, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (em anexo).

É importante destacar que a entrevista psicológica inicial, uma vez que faz parte da rotina do grupo, está colocada e compreendida como uma etapa necessária para poder fazer a reabilitação. Isso torna este primeiro encontro paciente-psicólogo permeado por algumas idéias recorrentes. Para alguns é um alívio, na medida em que não se permitiam buscar ativamente esse espaço terapêutico, seja por entender a necessidade de ajuda como uma fraqueza inadmissível, seja pelo receio de como esse pedido seria entendido pela família e amigos ou por, simplesmente, nunca terem entrado em contato com essa possibilidade. Para outros é como um teste pelo qual saberão se estão “aceitando bem”

ou não a perda que vivenciam. Nesse caso, o “lidar bem” é algo altamente desejado, mas nem todos se sentem capazes de dar conta dessa tarefa. Caberia ao psicólogo aprovar ou reprovar o indivíduo no árduo teste a que se sente submetido.

Obviamente é um contato permeado de expectativas e suposições. O que fica mais fortemente marcado é que ele, paciente, está ali, com a psicóloga, para falar sobre a amputação que sofreu. E é justamente esse pressuposto e a narrativa que cada um constrói para contar a sua vivência, bem como o seu desenrolar no contato com o terapeuta, que norteiam a construção deste trabalho.

Se um setting profissional correto é fornecido, o paciente que se acha em sofrimento, trará a aflição para a entrevista sob uma forma ou outra. A motivação é muito profundamente determinada. Talvez seja desconfiança o que se demonstra, ou uma confiança grande demais, ou a confiança é logo estabelecida e as confidências cedo se seguem. Seja o que for que aconteça, é o acontecer que é importante. (Winnicott, 1968l, p.246)

Assim, estar com os pacientes e ouvir os seus relatos a respeito de suas vidas e da amputação em suas vidas foi a via de acesso encontrada para compor uma compreensão mais profunda a respeito da experiência de si mesmo de cada um desses indivíduos. Então, o primeiro contato se configurava como um espaço para se realizar um encontro que permitisse ao paciente comunicar aquilo que havia para ser comunicado, seja naquele momento específico, seja ao longo de um processo psicoterapêutico, desenvolvido na relação transferencial. No momento inicial, eu não sabia se o trabalho continuaria ou não, principalmente por não se tratar de uma procura espontânea por parte do paciente. O que existia, a priori, eram algumas condições para que a comunicação ocorresse: a minha presença e disponibilidade, um espaço físico adequado para garantir

a privacidade do paciente e a possibilidade de continuidade, com sessões semanais, por um tempo indeterminado, porém relativamente circunscrito ao período de reabilitação. Isso, considerando as peculiaridades do trabalho do psicólogo em instituições de saúde, onde o número de pacientes é grande e há um foco delimitado de atuação.

O número de sessões e a frequência variaram conforme a disponibilidade de cada indivíduo, permeada por fatores sociais como dificuldades financeiras e de locomoção, bem como fatores psicológicos que foram considerados na análise dos casos clínicos. No relato dos casos clínicos, será possível especificar o número de sessões realizadas, a frequência e o tipo de contato estabelecido com cada paciente.

Essa forma de abordagem em muito se aproxima da descrita por Winnicott (1971b) como “consultas terapêuticas”, que parte do “axioma de que, se é dada a oportunidade de maneira adequada e profissional para uma criança ou para um adulto, no tempo limitado do contato profissional o cliente trará e exporá (embora de início apenas como uma tentativa) o problema predominante ou o conflito emocional ou a espécie de tensão que aparece nesse momento da vida do cliente” (p. 15). Essa oportunidade diz respeito à existência de alguém (o psicólogo, no caso) que se coloque como presença humana em condições de reconhecer o paciente e dar suporte para seus conflitos, com uma continência capaz de esperar que estes se resolvam internamente no próprio paciente, sem invadi-lo com soluções/explicações/interpretações precoces ou adiantadas. Isso tomando como parâmetro o tempo próprio e o desenvolvimento emocional de cada paciente atendido. Winnicott (1968l) afirma que o paciente traz, para a situação de entrevista inicial, a sua capacidade de acreditar em uma pessoa que possa ajudá-lo. Traz, também, a sua desconfiança: “o terapeuta aproveita-se do que o paciente traz e age até o limite da oportunidade que isto concede” (p.245).

Nesse caso, a interpretação não é a ferramenta principal do analista, embora ela também possa ser utilizada. O que conta é a identificação com o paciente, na medida necessária para compreender a sua necessidade. Para Winnicott (1971b), quando o paciente começa a sentir que pode ser verdadeiramente compreendido a comunicação a um nível mais profundo pode se tornar possível.

Existe uma diferença então entre esta técnica e a da psicanálise, no fato de que enquanto na última a neurose transferencial se desdobra gradualmente e é usada para interpretar, na entrevista psicoterapêutica há um papel já pré-ordenado para o terapeuta, baseado no padrão de expectativa do paciente. (Winnicott, 1968l, p.245)

Quando, então, a primeira entrevista se desdobra em outras, começa um trabalho mais próximo de uma psicoterapia, na qual a relação transferencial se encontra estabelecida.

Trata-se aqui, então, de uma pesquisa qualitativa, que se utiliza do método clínico e do referencial psicanalítico para investigação. Na pesquisa clínica psicanalítica a construção do conhecimento ocorre na relação interpessoal, considerando que é de forma relacional que a pessoa vive, se manifesta e se revela.

Safra (1993) afirma que a psicanálise inaugurou uma nova maneira de fazer pesquisa, isso porque abandonou a idéia de uma separação nítida entre sujeito e objeto; sendo que o pesquisador está dentro do campo na medida em que, necessariamente, se relaciona com o sujeito da pesquisa. Silva (1993) considera que na pesquisa psicanalítica deve ser considerada a relação entre dois indivíduos, não só no que diz respeito à comunicação consciente, mas também levando em conta que: "há uma parte inconsciente de cada um utilizando-se de seu estilo peculiar de interação. Trazer à tona

este nível submerso, esta intersubjetividade, e relacioná-la com o nível da superfície constitui o complexo e delicado trabalho da psicanálise” (Silva, 1993, p.17)

Amiralian (1997) aponta que uma das características do método clínico é uma compreensão profunda do campo vivencial do indivíduo, por meio da análise de sua experiência subjetiva, que só pode emergir na relação com o outro, no caso, o pesquisador, pela via da transferência.

No método psicanalítico, o conhecimento do ser humano, obtido na experiência individual da relação, é uma amostra das maneiras próprias de o ser humano estar no mundo, que são exemplos das relações possíveis, considerando-se condições semelhantes que todos vivenciamos (Amiralian, 1997, p.160).

Trinca (2002) destaca que a pesquisa psicanalítica não segmenta ou disseca o objeto do conhecimento, perdendo a sua harmonia; o que se busca é revelar o sentido harmônico e profundo desse objeto: “A transformação em objeto de ciência não deve descaracterizar o mundo como um lugar de manifestação da sutileza, do assombro e do mistério; e isso se faz conservando-se a sua inteireza.” (p.202).

Para análise da questão proposta neste trabalho serão apresentados quatro casos de indivíduos diferentes em termos de amadurecimento emocional e, ao mesmo tempo, representativos de aspectos identificados como comuns a vários outros pacientes atendidos, em termos da maneira de vivenciar a perda de um membro.

4 – A CONSTITUIÇÃO DO SI MESMO NA TEORIA DE D.W. WINNICOTT

4.1 A teoria do amadurecimento pessoal

Ao falar das consultas terapêuticas, Winnicott (1971b) afirma que em seu trabalho a única companhia de que dispõe é a teoria que desenvolveu, a partir de sua prática clínica, sobre o desenvolvimento emocional do indivíduo. Ele se refere à teoria do amadurecimento pessoal. Há nessa teoria especificidades que a diferenciam dos pressupostos psicanalíticos freudianos e que foram estudadas profundamente e descritas por vários autores, entre eles Loparic (2006; 2005), Dias (2003), Fulgencio (2006), Moraes (2005). A compreensão do que vem a ser essa teoria e de suas particularidades conceituais é essencial para que se possa fazer uma análise do material clínico a ser apresentado à luz do referencial winnicottiano.

Aqui serão apresentados esquematicamente alguns pontos significativos como forma de dar um panorama geral, uma vez que não é intuito, nem seria possível nas dimensões deste trabalho, fazer uma apresentação pormenorizada dessa teoria.

O primeiro ponto a destacar diz respeito ao Complexo de Édipo. Se, na psicanálise freudiana é a partir da resolução edípica que se estrutura a personalidade de um indivíduo, para Winnicott, o conflito caracterizado pela relação triangular é próprio de uma fase específica do desenvolvimento emocional, na qual já houve uma série de conquistas, através de diversas fases, que dizem respeito à continuidade da existência e à passagem gradativa da dependência absoluta com relação à mãe, passando pela dependência relativa e indo rumo à independência relativa. A linha do amadurecimento que encontramos em Winnicott parte da indiferenciação mãe-bebê e, com o suporte materno, segue em direção à diferenciação e constituição de um EU SOU integrado. Esse percurso não se dá de forma imediata, nem mesmo garantida; daí a idéia de que há

conquistas a serem realizadas para chegar à constituição de um ser integrado em uma unidade e capaz de relacionar-se interpessoalmente.

Então, para Winnicott, não é a partir do Complexo de Édipo que se dá a constituição do indivíduo. Na perspectiva winnicottiana, um ser se constitui a partir de uma tendência inata para: o crescimento, a integração e as relações interpessoais. Mas não só; é necessário um ambiente que facilite a realização dessa tendência. Assim, é a partir da relação mãe-bebê e não da relação triangular que Winnicott compreende a constituição do ser humano, como um percurso que, na saúde, permite ao indivíduo alcançar uma identidade, um si mesmo integrado. Dessa forma os conflitos relativos à sexualidade e às relações triangulares são considerados como fatores relacionados ao adoecimento psíquico, uma vez que estejamos tratando de pessoas inteiras, já constituídas. Antes disso, é através da compreensão do processo de amadurecimento emocional de cada pessoa que é possível entender o adoecimento.

Podemos dizer que a Teoria do Amadurecimento Pessoal tem um caráter relacional uma vez que está voltada para a integração entre indivíduo e ambiente e o desenvolvimento possível a partir dessa relação. Nessa perspectiva o ser humano não é concebido como um ser em busca de satisfação/prazer, às voltas com os conflitos internos decorrentes de sua instintualidade, mas como um ser relacional, em busca da continuidade da existência.

Enquanto a psicanálise tradicional estuda o psiquismo humano – concebido metapsicologicamente (especulativamente) como um aparelho movido a pulsões dirigidas para objetos (o papel central do relacionamento objetal sendo a satisfação) –, a winnicottiana jamais se distancia da “relação” factual indivíduo-ambiente, o indivíduo sendo caracterizado pela tendência para o amadurecimento e o ambiente, investido do papel de facilitador dessa tendência. (Loparic, 2006, p.12)

Para Winnicott (1965h), no início do processo de desenvolvimento emocional, há três coisas que devem ser consideradas: a hereditariedade, o ambiente - que tanto pode ser facilitador como pode ser traumatizante, dependendo de suas falhas - e o indivíduo “vivendo, se defendendo, crescendo” (p.125). E é deste indivíduo, neste contexto, que trata a psicanálise. A implicação disso em termos de compreensão do adoecimento psíquico é que, nessa perspectiva, o que está perturbado no adoecimento é o amadurecimento emocional, considerando o desenvolvimento da sexualidade como parte desse amplo processo; sendo que o ambiente tem um papel fundamental na saúde e na doença do indivíduo. (Loparic, 2006).

É pela compreensão do desenvolvimento normal do indivíduo saudável, que podemos entender as intercorrências e as dificuldades pelas quais está passando uma determinada pessoa, num dado momento de sua existência. Isso significa que aqui não se buscam sintomas que levem ao diagnóstico de determinada patologia. Nessa perspectiva, saúde é um estado complexo, não caracterizado pela presença ou ausência de dificuldades, na medida em estas não são, necessariamente, sinais de doença uma vez que fazem parte das diversas fases de um processo de amadurecimento normal. Winnicott afirma que, embora do ponto de vista físico “qualquer desvio da saúde possa ser considerado anormal, não é necessariamente verdade que a diminuição física da saúde, devida à pressão e à tensão emocionais, indique uma anormalidade” (1931p, p. 57).

Sob essa perspectiva, saúde é mais do que a ausência de doença, é a realização da tarefa principal do ser humano, entendida como a possibilidade de se tornar um indivíduo e amadurecer enfrentando todas as dificuldades intrínsecas a essa tarefa, sem perder a essência da existência a partir da criatividade pessoal.

A saúde inclui a capacidade de brincar, que é o protótipo do viver criativo; diz respeito à possibilidade de habitar o espaço potencial e entregar-se aí a uma experiência que está sustentada pela ilusão básica; refere-se igualmente à liberdade de transitar pelos vários mundos que são criados no decorrer do amadurecimento, o que abarca a possibilidade de estabelecer relações com o mundo objetivamente percebido sem muito sacrifício para a espontaneidade pessoal. (Dias, 2003, p.85)

O que se destaca é que saúde pode ser compreendida como maturidade, relativa à idade de uma pessoa em determinado momento, daí a necessidade de caracterizar, na saúde, o que vem a ser próprio de cada etapa do desenvolvimento pessoal.

A saúde da psique deve ser avaliada em termos de crescimento emocional, consistindo numa questão de maturidade. O ser humano saudável é emocionalmente maduro tendo em vista sua idade no momento. A maturidade envolve gradualmente o ser humano numa relação de responsabilidade para com o ambiente. (Winnicott, 1988, p.30)

Essa conceituação é permeada pela idéia de que o ser humano nasce dotado de uma tendência ao amadurecimento, que garante, na presença de um ambiente facilitador, a continuidade de ser; e é uma parada nesse continuar a ser que caracteriza aquilo que podemos considerar como doença. Segundo Dias “A saúde, em particular pode ser vista como uma superação do estado originário de não-ser, e um lento apropriar-se do ser, que pode, contudo, sempre escapar.” (2003, p.151) Isto é, se todo indivíduo é dotado de uma tendência inata ao amadurecimento, a doença consiste no reverso dessa tendência, em sua paralisação. Na saúde o ser humano caminha ao longo de uma linha de desenvolvimento, contanto que exista um ambiente adequado para a realização desse caminho em direção à integração e à constituição da personalidade: “O bebê relativamente saudável (maduro para a idade) prossegue rumo ao estádio em que ele se

torna uma pessoa total, consciente de si mesma e consciente da existência dos outros. (Winnicott, 1988, p.56)”.

Assim, a doença psíquica para Winnicott se refere a um tipo de imaturidade, relativa a uma parada no desenvolvimento como consequência de uma falha na interação indivíduo-ambiente, diante da qual o indivíduo necessitou reagir em vez de continuar a ser. Essa falha pode tratar-se de excesso, se pensarmos em um trauma ocasionado pela invasão do ambiente; ou pode tratar-se de falta, se considerarmos algo que precisava ter acontecido e não aconteceu, algo que necessitava ser provido pelo ambiente e que não foi. Nesse sentido, o ambiente tem uma participação fundamental na conquista e manutenção da saúde.

Moraes (2005) aponta que a saúde, compreendida como uma condição inerente à natureza humana, sempre foi norteadora do pensamento de Winnicott, juntamente com a noção de que a saúde psíquica é uma conquista do desenvolvimento pessoal, o que significa: “a configuração do adoecer como uma interrupção do amadurecimento em função de alguma dificuldade específica ocorrida em algum dos estágios de amadurecimento, no qual a criança está tendo experiências e realizando as tarefas para se desenvolver.” (Moraes, 2005, p.118)

Dá a necessidade de se abarcar os estágios trilhados em direção à maturidade. Ao entendermos o que é necessário conquistar em cada etapa e as possíveis falhas que podem dificultar ou mesmo impedir essas conquistas, estaremos em condições de entender cada indivíduo em sua singularidade, em sua constituição psíquica e em suas necessidades. O diagnóstico, portanto, está centrado nas conquistas necessárias para o amadurecimento emocional e as imaturidades resultantes de falhas nesse processo.

Winnicott (1984i) estabelece, ainda que de forma simplificada, três categorias de “imaturidade pessoal”. Uma delas diz respeito a falhas ambientais que ocorreram no

início da vida do bebê ocasionando “uma perturbação na estrutura básica da personalidade do indivíduo” (p.266). Nesse caso se trata de pessoas não integradas: (o resultado) pode ser “uma psicose infantil, ou dificuldades em estágios ulteriores podem ter exposto uma falha na estrutura do ego que tinha passado despercebida. Os pacientes nesta categoria nunca foram suficientemente saudáveis para tornarem-se psiconeuróticos” (Winnicott, 1984i, p.266).

Outra categoria é a que o autor remete ao termo psicose, e inclui a depressão que faz parte do desenvolvimento normal do indivíduo. Nessa categoria estão os indivíduos que foram “suficientemente bem cuidados nos estágios iniciais da vida para terem condições, do ponto de vista do desenvolvimento, para enfrentar e, em certa medida, não conseguir conter as dificuldades que são inerentes à vida plena” (Winnicott, 1984i, p.266). Aqui, falamos de pessoas inteiras, no sentido que alcançaram o estágio de tornarem-se uma unidade e vivem os conflitos referentes à instintualidade.

A terceira categoria inclui: “aqueles indivíduos que começaram suficientemente bem, mas cujo ambiente não os ajudou em algum ponto, ou repetidas vezes, ou durante um longo período de tempo” (Winnicott, 1984i, p.266). Essas pessoas experimentaram um ambiente suficientemente bom, mas que se perdeu e gerou como consequência uma interrupção no desenvolvimento emocional e um tipo de reivindicação, digamos assim, manifesta em uma tendência anti-social. Essas categorias diagnósticas se referem a falhas na estruturação do eu e em sua capacidade para se relacionar.

O diagnóstico é fundamental, pois a intervenção terapêutica se dá considerando a fase em que o desenvolvimento emocional foi interrompido e oferecendo as condições para que este seja retomado.

4.2 Princípios gerais da teoria do amadurecimento pessoal

O primeiro princípio a ser destacado, já mencionado anteriormente, se refere a que o indivíduo não nasce pronto e constituído. Winnicott aponta para uma tendência inata em direção à integração, porém só é possível que esse desenvolvimento ocorra diante de um ambiente facilitador. Para Winnicott, não são as forças pulsionais que direcionam o desenvolvimento do ser humano. O amadurecimento se dá porque existe uma tendência inata nesse sentido e porque há alguém que facilita a realização dessa tendência.

Luz (2000) destaca como uma característica significativa no desenvolvimento, visto sob a perspectiva do pensamento winnicottiano, a dualidade originária do sujeito psíquico presente desde o início da vida, identificada entre o corpo do bebê e a mãe-ambiente, entre os estados de excitabilidade e os estados de relaxamento, as relações masculina e feminina com o objeto, a experiência de ser e a experiência instintiva, entre os impulsos eróticos e os impulsos agressivos, entre aquilo que é percebido e aquilo que é concebido; sendo que, segundo esse autor, Winnicott não procura conciliar essas dicotomias, ao contrário, mantém a relação dinâmica entre cada um dos princípios: “Winnicott defende o paradoxo como a mais adequada forma do pensamento para exprimir essa experiência de ser – ser um sujeito psíquico”. (Luz, 2000, p.313).

Loparic (2006) afirma que, para Winnicott, o processo fundamental para se compreender os distúrbios psíquicos é o de amadurecimento emocional e não o desenvolvimento sexual e que o ambiente tem uma importância decisiva no surgimento de possíveis distúrbios. É através do holding materno que a criança pode começar a experimentar uma sensação de existência no tempo e integração de si mesma. Segundo Mello Filho (2001), o bebê funciona, logo após o nascimento, como se fosse um

somatório de partes, necessitando do auxílio de uma maternagem adequada para, gradualmente, adquirir a noção de ser um todo coeso.

É necessário tomar como princípio básico a tendência herdada de cada novo indivíduo no sentido do crescimento e do desenvolvimento. Sob condições ambientais suficientemente boas, o indivíduo conduz, entre outras coisas, uma tendência no sentido da integração da personalidade. (Winnicott, 1969g, p.430)

Dias (1999) coloca que todo ser humano é dotado de uma tendência à integração em uma unidade e que o bebê depende da presença de um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons, sendo que isto é mais fundamental quanto mais precoce é o estágio que for considerado. Araújo (2005) acrescenta que a palavra ambiente, em Winnicott, pode ser considerada um conceito que se refere a um “conjunto de condições para”, que engloba as condições físicas e psicológicas necessárias ao amadurecimento emocional do indivíduo, e que tem a característica de ser dinâmico, adaptando-se de acordo com cada momento do amadurecimento.

O desenvolvimento emocional primitivo se dá a partir de um estado de não-integração rumo à integração, personalização e separação eu – não eu. A integração, que se inicia pela elaboração imaginativa das funções do corpo, vai se ampliando de acordo com os momentos do amadurecimento do bebê, abarcando também o seu relacionamento com o mundo externo. Sempre necessitando de uma mãe que se identifique com ele e o ajude a perceber-se no tempo e no espaço, em seu próprio corpo e na realidade externa.

O bebê depende da disponibilidade de um adulto genuinamente preocupado com os seus cuidados, isto é, que possa contribuir para uma adaptação ativa e sensível às necessidades da criança, que a princípio são absolutas. Portanto, a psique só pode ter origem dentro de um determinado *enquadre*, dentro do qual a criança pode

gradualmente vir a criar um meio ambiente pessoal, que a capacitará, mais tarde, a se desembaraçar do mesmo. Para superar esse estado inicial de dependência e atingir a independência, o meio ambiente criado e subjetivado pela criança transforma-se em algo suficientemente semelhante ao ambiente percebido. (Santos, 1999)

O amadurecimento consiste na passagem desse estado de dependência absoluta para a dependência relativa e, finalmente alcançar o estágio da independência relativa, no qual o efeito do ambiente sobre o indivíduo não tem o mesmo impacto que nas fases anteriores. Porém, sempre existirá algo da ordem da dependência, uma vez que o ser humano se constitui e existe em relação com um outro. Isto aponta para uma das vertentes importantes na análise dos indivíduos que passaram a ter uma deficiência física (amputação): a forma de lidar com a dependência, que se torna explícita em termos de necessidade de cuidados físicos e auxílio na vida diária.

Esse processo de amadurecimento pressupõe, também e ao mesmo tempo, a transição do mundo subjetivo, para o mundo objetivamente percebido, no qual se está diante do princípio da realidade e pronto para relacionar-se como pessoa total, com outras pessoas totais.

Num primeiro momento, a dependência do bebê com relação ao ambiente é absoluta; do ponto de vista do bebê não há dois, ele e o ambiente formam uma unidade; de forma que o ambiente só é externo do ponto de vista do observador.

Apercepção, para Winnicott, significa a relação do bebê com um objeto subjetivamente concebido, experiência que decorre no estágio de dependência absoluta. Com o movimento rumo à integração e ao desenvolvimento, na presença de um ambiente facilitador, acontece uma passagem da apercepção para a percepção. Percepção compreendida como uma relação com um objeto objetivamente percebido, resultante da capacidade crescente em estabelecer uma diferença entre o eu e o não eu. (Outeiral, 2001, p.86)

À medida que a dependência vai se tornando relativa, o objeto subjetivo adquire as características de um objeto transicional, situado em uma área intermediária entre a realidade subjetivamente concebida e a objetivamente percebida; até que a criança, por uma conquista do amadurecimento, pode percebê-lo objetivamente e fazer uso dele.

Winnicott descreveu o percurso que leva ao amadurecimento por meio de etapas pelas quais o indivíduo passa e das conquistas relativas a cada período, porém não se trata de considerar que o desenvolvimento seja composto por categorias estanques que se sucedem umas às outras de forma rígida e pré-determinada. Segundo Winnicott, “a criança está o tempo todo em todos os estágios, apesar de que um determinado estágio pode ser considerado dominante. As tarefas primitivas jamais são completadas, e pela infância afora sua não-conclusão confronta os pais e educadores com desafios”. (1988, p.52).

4.3 As primeiras tarefas: Integração, Personalização, Início das Relações Objetais

É durante o período da dependência absoluta que o bebê, sustentado por um ambiente facilitador, necessita realizar o que poderíamos chamar de três “tarefas básicas”, que naturalmente ocorrem de forma simultânea: integração, relativa à necessidade do bebê de, a partir de um estado não-integrado, integrar-se no tempo e no espaço; personalização (alojamento da psique no corpo), referente ao estabelecimento de uma parceria psicossomática; e início do contato com a realidade (externalidade) / início das relações objetais, primeiramente como objetos subjetivos e, mais tarde, com o reconhecimento da existência de objetos externos.

Dias (1999, p.290-91), afirma que à medida que essas tarefas estão sendo realizadas, acontece a constituição do si-mesmo enquanto identidade. Segundo a autora, todas essas tarefas são interdependentes, mas afirma que a primeira e a mais básica é a

da temporalização e espacialização do bebê, isso porque não haveria sentido de realidade fora de um espaço e de um tempo e não haveria indivíduo sem uma memória de si, enquanto aquilo que mantém a identidade em meio às transformações.

Na fase da primeira mamada teórica, em virtude da sua tendência inata para o amadurecimento, o bebê humano, amparado pela mãe-ambiente subjetivo, vai resolvendo as três tarefas fundamentais do período inicial do seu amadurecimento: integra-se no tempo e no espaço, aloja-se no corpo (a sua primeira morada) e inicia o relacionamento com os objetos. No caso desta última tarefa, o amparo da mãe-ambiente consiste na apresentação de objetos ainda não objetificados: em primeiro lugar, ela mesma e seu corpo (mais precisamente, uma parte dele: o seio) como objeto subjetivo e, em segundo lugar, os seus substitutos, também enquanto objetos subjetivos. (Loparic, 2006, p.15)

Por meio da conjunção desses três processos, que ocorrem paulatina e concomitantemente, passa a existir um “eu” e um “não-eu”; um dentro e um fora e um esquema corporal: “O resultado desta interação de fenômenos é a possibilidade de o bebê alcançar o estágio de ‘ser uma pessoa’”. (Mello Filho, 2001, p. 47)

Para Winnicott (1945d) a tendência a integrar-se se realiza a partir das experiências instintivas que tendem a aglutinar a personalidade a partir de dentro, em conjunto com o cuidado recebido do ambiente: “no desenvolvimento normal, a integração e a coexistência entre psique e soma dependem tanto de fatores pessoais referentes à vivência das experiências funcionais, quanto do cuidado fornecido pelo ambiente.” (Winnicott, 1988, p.145).

As experiências instintivas, nessa fase do desenvolvimento, estão relacionadas aos estados tranqüilos e excitados. Eles são assim designados por Winnicott para definir dois *modos de estar* de um bebê. Os estados tranqüilos podem ser definidos como os momentos de contemplação que seguem a experiência instintual; os estados excitados,

como os momentos em que os instintos se impõem (Moraes, 2005, p.160). Para Dias (2003) esses dois estados são bem diferentes e alternam-se de acordo com as tarefas que o bebê necessita realizar: “O estado tranquilo se mostra mais apropriado para as tarefas de integração (no tempo e espaço) e de alojamento da psique no corpo; o estado excitado está diretamente relacionado ao início do contato com a realidade” (Dias, 2003, p. 174).

O sentimento de *estar sendo* não resulta mecanicamente do instinto de sobrevivência e da necessidade satisfeita; ele tem sua base nos estados de não-integração, não-personalização e não-realização, prévia condição para que um novo impulso rumo ao objeto – afetar e ser afetado pelo mundo – possa surgir, com os benefícios pessoais daí decorrentes, em termos de unificação e contato com a realidade (...) Segundo Winnicott, é possível sentir alguma coisa por meio de duas séries de fatos: o fato da técnica dos cuidados com a criança, proveniente do meio externo, e o fato das moções instintuais que, do interior do corpo, fazem da criança um todo. (Luz, 2000, p.311)

O que parece fundamental em Winnicott (1988) é que a realização das tarefas de integração e personalização se dá a partir de dois vértices, o pessoal (a experiência pessoal de impulsos e instintos envolvendo excitação da pessoa total) e o ambiental, relacionado àquilo relativo aos cuidados do corpo e à satisfação das exigências instintivas.

Particularmente no que se refere ao ambiente, Winnicott descreve um estado de “preocupação materna primária” que começa a ser vivido pela mãe nos últimos meses de gravidez e se mantém durante alguns meses após o parto. Nesse estado a mãe está identificada com seu bebê e sensível às suas necessidades, e assim pode estabelecer com ele um tipo de relação de adaptação a essas necessidades. Dito de outra forma, a mãe vai ao encontro do gesto espontâneo do bebê. Dessa maneira ela possibilita que o bebê viva uma ilusão de onipotência, a ilusão de criar o mundo.

A mãe suficientemente boa oferece ao bebê aquilo que ele necessita e isso é vivido por ele como uma experiência de criar aquilo que encontra. O objeto chega ao bebê no momento em que a necessidade aparece; assim pode ser assimilado pelo bebê como parte dele. Do ponto de vista do observador, pode ser descrito como objeto subjetivo. O início da relação com objetos, e no primeiro momento, necessariamente objetos subjetivos, acontece nos momentos de excitação do bebê, a partir da facilitação da mãe, que apresenta os objetos, quando o bebê está pronto para criá-los. (Dias, 2003, p.214-15)

É importante destacar que o estado de preocupação materna primária nada tem a ver com conhecimento a respeito de bebês, nem com capacidade intelectual, diz respeito à possibilidade da mãe de se identificar com o bebê e, ao mesmo tempo, manter-se adulta para cuidar dele, vem da saúde emocional da mãe e de sua experiência de ter sido cuidada, de forma a conseguir um avanço significativo em seu próprio amadurecimento emocional. Segundo Moraes (2005), é diante da harmonia e sintonia presente entre a mãe e o bebê que é possível que o ser do bebê aconteça: “que o bebê possa deixar o ritmo de seu desenvolvimento impor-se sem que seja necessário antecipar controles e defesas. Em uma circunstância favorável, o bebê simplesmente deixar-se-á guiar pela tendência herdada e própria da natureza humana em direção à continuidade de ser e à conquista do Eu” (Moraes, 2005, p.108).

Assim, as conquistas da integração e da personalização se referem à possibilidade de ser um. O primeiro passo é a vivência do “eu” como diferente do “não-eu”; a seguir o enriquecimento do “eu” através da interação com o “não-eu”. Diz Winnicott (1965n, p.60): “Em circunstâncias favoráveis a pele se torna o limite entre o eu e o não-eu. Dito de outro modo, a psique começa a viver no soma e uma vida psicossomática de um indivíduo se inicia”.

Isso significa que, ao nascer, soma e psique estão indiferenciados, de forma que a diferenciação e integração psicossomática são conquistas, desde que tudo corra bem no desenvolvimento do indivíduo: “É bem conhecido o fato de quem nem todos chegam tão longe, e de que muitos perdem aquilo que haviam alcançado” (Winnicott, 1988, p.144). Assim, na saúde, o corpo transforma-se em soma (corpo personalizado) e isso é feito por meio da elaboração imaginativa das funções corpóreas.

A primeira tarefa da psique é a elaboração imaginativa das funções corpóreas. No início, todas as experiências do bebê são corporais, vividas no corpo, por meio do corpo: o alimento, a sensação do banho na pele, a motilidade, a respiração, o cheiro da mãe, o calor do colo, a forma de ser ninado. Winnicott afirma que: “A elaboração imaginativa do funcionamento corporal organiza-se em fantasias, que são qualitativamente determinadas pela localização no corpo, mas que são específicas do indivíduo, por causa da hereditariedade e da experiência.” (Winnicott, 1988, p.69).

Gradativamente as funções psíquicas se aprimoram, por exemplo, em termos de distinção entre experiência e memória; passado, presente e expectativas; localização da fantasia dentro ou fora do self; separação entre consciência e inconsciente (Winnicott, 1958j). É importante considerar que as funções mais complexas são alcançadas paralelamente e em decorrência da aquisição de outras funções necessárias ao desenvolvimento. A elaboração imaginativa, ligada às funções corpóreas, não se refere, nesse início de desenvolvimento, a um mecanismo mental. Conforme diferencia Dias (2003), Winnicott propõe que, nesse estágio, a psique via elaboração imaginativa promove uma esquematização do corpo e do funcionamento corpóreo, sem a participação da mente. Isso significa que elaboração imaginativa é diferente do conceito de fantasia como operação mental que, para Winnicott, se desenvolve no mundo interno já constituído, portanto, possível em um momento posterior do amadurecimento.

Loparic (2000) destaca que o soma, conforme descrito por Winnicott, não é o corpo físico, é o corpo vivo, com todas as suas possibilidades; dessa forma, a tarefa inicial da psique é tornar o corpo personalizado, temporalizado e inserido em uma história, simultaneamente, pessoal e interpessoal. Outeiral (1991, p.126) enfatiza que a personalização significa a organização da trama psicossomática e o corpo todo se torna o “lugar de residência do self”.

A localização da psique no próprio corpo decorre de um processo complexo, que se desenrola com sucessivos momentos de integração entre psique e soma - que, com o suporte adequado do ambiente, vai permitir que o bebê alcance um estado de unidade.

Sob esse ponto de vista, saúde pressupõe a existência de uma unidade psicossomática e esta pode ser entendida como a integração das funções corpóreas e das funções psíquicas do indivíduo. Em termos fenomenológicos, isso se coloca como o sentimento de continuidade da existência, de estar dentro do próprio corpo e de sentir si-mesmo, com uma personalidade completa e capaz de se relacionar com outras pessoas: “O corpo vivo, com seus limites e com um interior e um exterior, *é sentido pelo indivíduo* como formando o cerne do eu imaginário”. (Winnicott, 1954a, p.334-grifo do autor).

Costa (2004) sintetiza a formulação winnicottiana de unidade psicossomática, quando afirma que a totalidade físico-psíquica é indissociável em condições psicológicas satisfatórias:

Dizer que suas “partes” são expressões parciais do todo quer dizer que cada uma delas resume e recapitula a história integral do sujeito. (Para Winnicott) o corpo no qual o eu se localiza não é apenas nem sobretudo o corpo erógeno. É o corpo que representa suas “funções” autorreguladoras e suas “experiências” de interação com os objetos externos (1975:136), e, pela dupla representação,

estabiliza o sentido de identidade do eu. (Costa, 2004, p.108)

Nesse sentido podemos dizer que, para Winnicott (1988), existe o soma e a psique e uma inter-relação de complexidade crescente entre eles em direção à integração, de forma que gradativamente o bebê vai adquirindo condições de lidar e se enriquecer com uma gradual desadaptação da mãe, no que diz respeito às suas necessidades, e dar início à separação eu-não eu.

Entre as funções da psique, que vão surgindo à medida que vai se alcançando maior complexidade no desenvolvimento, Winnicott aponta as funções intelectuais. A mente é definida como uma “especialização da parte psíquica do psicossoma” (Winnicott, 1954a, p.333)

Para Winnicott, não há, de início, algo como uma entidade que possa ser identificada como a mente, responsável pelas funções intelectuais. Como já foi descrito o que há é a psique e o soma que, por meio da inter-relação com o ambiente, passam a existir de forma integrada, graças à adaptação total da mãe ambiente. Aos poucos, a adaptação da mãe não é tão absoluta como no início do desenvolvimento. Isso porque, por um lado, a mãe começa a sair do estado de preocupação materna primária e volta-se, em certo grau, para sua realidade, menos identificada com o bebê; e por outro lado, uma vez que o bebê experimentou a ilusão de onipotência, de criar o mundo, e, portanto, adquiriu a confiabilidade necessária para prosseguir seu percurso de amadurecimento sem necessidade de defesas precoces, ele está preparado para as falhas da mãe, para uma adaptação menos perfeita, que traga notícias da existência de uma externalidade não-eu. Para que essa desilusão ocorra, é preciso que a mãe permita e isso diz respeito à sua saúde psíquica e sua capacidade de adaptação às necessidades do bebê, que, nesse momento, significam falhar. Esse período de desadaptação e desilusão, mais do que

possível e suportável para o bebê é necessário, uma vez que é o que vai permitir a separação da mãe e o desenvolvimento e aprimoramento de novas funções psíquicas.

O bebê começa, então, nessa época a dar-se conta de que não é ele quem cria o mundo e de que a existência deste é anterior e independente dele, mesmo que permaneça nele a impressão de que o mundo foi criado pessoalmente por ele. A evolução natural dessa situação conduz ao rompimento da unidade mãe-bebê, a separação que conduzirá à integração do bebê em um Eu unitário. É a partir dessa fase que, tendo já se reunido em uma unidade e adquirido o estatuto de um eu, o bebê pode reconhecer a existência do não-eu. É também durante esse período que o funcionamento mental e os processos intelectuais surgem como uma consequência do amadurecimento psicossomático. (Moraes, 2005, p.114)

Assim, desenvolve-se uma função específica da psique, que é a mente, e que poderá dar conta das falhas maternas: “Essa atividade mental do bebê transforma um ambiente suficientemente bom num ambiente perfeito, ou seja, transforma a falha relativa da adaptação num êxito adaptativo” (Winnicott, 1954a, p.335)

O início das funções mentais expressa a possibilidade do bebê de lidar com as lacunas que existem entre ele e sua mãe, desfazendo o “dois-em-um” vivido anteriormente e abrindo a possibilidade de entrar em contato, gradativamente, com a realidade objetivamente percebida.

Santos (1999) chama a atenção para o papel dos processos intelectuais, já que é por meio deles que os fracassos do ambiente podem ser considerados e tolerados. Se o ambiente se comporta de forma uniforme e previsível, inclusive em sua forma de falhar, mais facilmente o bebê poderá lidar com as falhas. O autor acrescenta que a capacidade intelectual restrita traz maiores dificuldades na tarefa de transformar os traumas normais resultantes da desadaptação progressiva, o que poderia levar à psicose. Ao contrário, uma capacidade cognitiva elevada, pode levar o bebê a lidar com sérios fracassos na

adaptação do ambiente, mas de forma defensiva, levando a algum tipo de distorção da personalidade, como um falso self.

Nesse sentido, na saúde, as funções mentais não estão a serviço de defesas patológicas para controlar as intrusões ou ausências no ambiente, mas são um instrumento para o uso do pensamento como função auxiliar na elaboração das experiências vividas.

Há, sem dúvida, outras maneiras pelas quais a mente se desenvolve. É função da mente catalogar eventos, acumular memórias e classificá-las. Pela mente, a criança é capaz de usar o tempo como forma de medida e também medir o espaço. A mente também relaciona causa e efeito. (...) É a mente a responsável pela gradual aquisição, pela criança, da capacidade de esperar a comida ficar pronta, enquanto ouve os barulhos que indicam a proximidade da hora de alimentação. Este é um exemplo grosseiro do uso da mente. (Winnicott, 1958j, p.9)

Em suma, segundo Winnicott (1988, p.161), a mente começa a operar quando a adaptação total do ambiente não é mais necessária, nem desejável e o intelecto inicia a sua função de dar conta das falhas ambientais, catalogando, classificando, relacionando as experiências a um fator tempo, o que significa novas possibilidades de administrar seus impulsos e necessidades, e, ao mesmo tempo, o início da transição da existência única de objetos subjetivos para a entrada na realidade compartilhada dos objetos objetivamente percebidos.

4.4 Transicionalidade

A fase da dependência relativa marca o início do processo de separação mãe-bebê. Costa (2004) afirma que Winnicott define separação como “o episódio mental contemporâneo ao afastamento psíquico da mãe de seu bebê”; dessa forma “a mãe

favorece o surgimento do espaço potencial entre ambos, espaço que deve ser preenchido de modo a evitar a separação.” (Costa, 2004, p.100) O objeto transicional surge nesse momento e se localiza na zona intermediária, na separação entre a mãe e o bebê e permite que o processo de separação seja tolerado, uma vez que esse objeto é, ao mesmo tempo, parte da mãe e parte do bebê.

O objeto transicional sinaliza a transição do bebê desde um estado de fusão com a mãe até um estado em que ele está em relação com ela como um objeto externo e destacado. Mas, para que a criança evolua desse estado de dependência absoluta, essencial nos estádios mais primitivos, para uma condição de autonomia possível, é preciso que ela primeiro tenha se *certificado de que pode existir algo que não faz parte dela* – o que Winnicott (1951/1978) chama de *primeira possessão não-eu*, representada pelo objeto transicional. (Santos, 1999)

Essa é uma zona de transição entre realidade e fantasia, entre o "dentro" e o "fora," entre o bebê e sua mãe. Porém, para que os objetos e os fenômenos transicionais surjam, é necessário que o bebê tenha adquirido a confiabilidade no ambiente e a capacidade de ilusão.

Segundo Araújo (2005), se houver um ambiente favorável, fenômenos e objetos transicionais serão produzidos e facilitarão o encontro com a realidade objetiva permitindo a constituição efetiva de um espaço potencial no qual o bebê inicia o reconhecimento do mundo objetivo ao mesmo tempo em que integra seu mundo subjetivo.

Para Santos (1999), o *campo transicional* é constituído no desdobramento entre o subjetivo e o objetivo. É o campo da experimentação e é sustentado por um paradoxo que deve ser aceito e respeitado: “Trata-se da relação da criança com sua primeira possessão *não-eu* (objeto transicional), que está ligada tanto ao objeto externo (seio

materno), quanto aos objetos internos (seio magicamente introjetado), porém é diferente de ambos. Daí seu paradoxo.” (Santos, 1999).

Winnicott postula (1953c) que a tarefa de aceitação da realidade nunca é completada e que nenhum ser humano está livre da tensão entre realidade interna e externa; para ele o alívio dessa tensão é proporcionado por uma área intermediária de experiência: “A área intermediária a que me refiro é a área que é concedida ao bebê, entre a criatividade primária e a percepção objetiva baseada no teste da realidade” (Winnicott, 1953c, p.26). Essa área, presente no brincar da criança, pode ser identificada nos fenômenos culturais na vida adulta.

Loparic (2006) afirma que a experiência cultural é um fenômeno que acontece no espaço potencial, uma área entre a mãe e o bebê que não é nem externa nem intrapsíquica e que é parte da organização do si-mesmo do bebê: “nesse ‘entre’ os dois, acontece um desenvolvimento extremamente importante no relacionamento objetal dos bebês: a mãe-objeto subjetivo e parcial (seio) passa a ser substituída e simbolizada por objetos transicionais.” (Loparic, 2006, p.16).

No que diz respeito aos objetos transicionais, Winnicott destaca que não é o objeto propriamente que é transicional: “Ele representa a transição do bebê de um estado em que este está fundido com a mãe para um estado em que está em relação com ela como algo externo e separado” (Winnicott, 1953c, p.30). Assim, o objeto transicional não está sob controle mágico, como o objeto subjetivo, nem absolutamente fora do controle, como a mãe real.

Para Costa (2004), o objeto transicional “é um híbrido em matéria de objetividade e subjetividade, e sua qualidade fenomênica específica é a de ser, ao mesmo tempo, algo que o bebê criou e que foi oferecido pela mãe” (Costa, 2004, p.111-12).

Uma questão essencial para o desenvolvimento saudável é que o indivíduo possa chegar a se relacionar com a realidade externa, ao mesmo tempo em que mantém vivo o sentido de realidade do mundo subjetivo, o sentido de ser real e da personalidade da existência. Se, no primeiro momento, é fundamental que o bebê viva a ilusão de onipotência e que os objetos lhe sejam apresentados na medida em que ele pode criá-los, na fase da transicionalidade, o essencial é a sustentação do paradoxo que a caracteriza, não precipitando a “chegada” ao universo da realidade compartilhada. Isso significa que o sentido de realidade vai se modificando, conforme o bebê vai amadurecendo: “Não se trata de um certo objeto ser subjetivo e outro, transicional. O que se altera não é o objeto, mas o sentido de realidade deste.” (Dias, 2003, p.237).

Assim, o bebê parte da identificação primária, na qual ele é o objeto, para possuir o objeto, o que faz do objeto transicional a primeira posse não-eu: “na relação com o objeto transicional, o bebê passa do controle onipotente (mágico) para o controle pela manipulação (envolvendo o erotismo muscular e o prazer de coordenação).” (Winnicott, 1953c, p.24). E, mais tarde, para o uso do objeto.

O que Winnicott postula é um estado intermediário entre a incapacidade do bebê de reconhecer e aceitar a realidade e sua crescente capacidade de fazê-lo.

Essa área intermediária de experiência inicia-se na transicionalidade, mas não se encerra, ela permanece durante toda a vida por meio dos fenômenos culturais. Uma vez que, gradativamente, se dá a ampliação do espaço potencial e os fenômenos transicionais ocorrem por outras vias (o brincar, as criações artísticas, a religiosidade) o objeto transicional perde o significado e pode ser descatequizado, abrindo caminho para novas experiências e novas aquisições em termos de recursos psíquicos.

4.5 Uso do Objeto

O uso do objeto está diretamente relacionado à capacidade do indivíduo de situá-lo fora da área dos fenômenos subjetivos, ou seja, fora do controle onipotente. Isso porque o objeto só poderá ser usado, se for um objeto externo.

Winnicott (1969i) diferencia relação de objeto e uso do objeto: “relacionar-se com objetos é uma experiência do sujeito que pode ser descrita em termos do sujeito isolado. (...) o objeto, se é que vai ser usado, tem de necessariamente ser real no sentido de fazer parte da realidade partilhada e não ser um feixe de projeções” (Winnicott, 1969i, p.173). Assim, a mudança da relação para o uso pressupõe que o sujeito destrua o objeto subjetivo e, posteriormente, mediante a sobrevivência do objeto real, possa usá-lo. Dessa forma, a capacidade para usar objetos está relacionada à mudança para o princípio da realidade e depende de um meio ambiente facilitador, no sentido de um objeto que sobreviva. Sobreviver, aqui, significa não retaliar.

É importante notar que não se trata apenas de o sujeito destruir o objeto porque este está situado fora da área de controle onipotente. É igualmente importante enunciar isto ao contrário e dizer que é a destruição do objeto que o situa fora da área de controle onipotente do sujeito. Destas maneiras, o objeto desenvolve sua própria autonomia e vida, e (se sobrevive) contribui para o sujeito, de acordo com suas próprias propriedades. (Winnicott, 1969i, p.174)

Na medida em que o indivíduo tem a experiência da destrutividade, sem a destruição do objeto real, o objeto passa a ter autonomia e pertencer à realidade partilhada.

Winnicott aponta para uma nova concepção da teoria da agressividade no desenvolvimento. Na teoria tradicional encontra-se que a agressão é reativa ao encontro

com o princípio da realidade, enquanto que em seu enunciado, é o “impulso destrutivo” que cria a externalidade (1969i).

Vimos que, segundo Winnicott, o impulso amoroso primitivo – aquele que pode ser atribuído, de maneira apropriada, ao lactente nos estágios muito primitivos do seu amadurecimento – é indistinguível do impulso agressivo e destrutivo, também considerado primário (...) (essa tese) forneceu os meios conceituais para a descrição da passagem do mundo de objetos subjetivos, inclusive os transicionais, para o dos objetos objetivamente percebidos, os que têm existência separada e independente do indivíduo, têm propriedades por si mesmos, e, ao chegar à externalidade, a criança percebe que eles sempre estiveram ali, no tempo e espaço externos. (Loparic, 2005, p.328-29)

Armony (2003) fala da destrutividade primária indissociável do impulso libidinal e que esta será responsável pela colocação do objeto fora do controle onipotente: “A experiência de destruição do objeto é fundamental, tanto para o estabelecimento da subjetividade, a integridade do Self verdadeiro, o viver criativo, a percepção de sentir-se real, quanto pela externalidade do objeto, ou seja, o estabelecimento da realidade objetiva ou compartilhada.” (Armony, 2003, p.74-5). E enfatiza a importância da sobrevivência do objeto, expressa através da não retaliação, não mudança em sua qualidade e em sua atitude.

Para Moraes (2005), nesse momento o bebê testa se o ambiente (mãe) agüenta a destrutividade ligada ao amor primitivo. A não sobrevivência da mãe, seja agindo de modo retaliatório ou não conseguindo ser concernente, complica ou até mesmo impede que a mãe seja colocada em um mundo que não é parte do eu, trazendo dificuldades para o bebê torná-la útil e alcançar a capacidade de se relacionar com o objeto de modo objetivo, de usar o objeto (p.180).

Segundo Loparic (2005) a passagem do objeto subjetivo ao objeto objetivamente percebido: “envolve uma destruição do objeto que não está relacionada com a inveja, mas – esta é a tese central de Winnicott – com o impulso efetivo de destruir, indistinguível do amor primitivo, o qual ‘cria a qualidade da externalidade’ do mundo e dos objetos” (Loparic, 2005, p.329). Ainda segundo o autor, a partir da criação de uma realidade externa, a criança pode chegar à idéia de uma “membrana limitadora”, uma oposição entre o mundo externo e o interno, entre o não-eu e o eu. Ao criar o sentido de externalidade, há uma separação entre o si-mesmo e os objetos: “quando a externalidade foi estabelecida, acha-se pronto o caminho para um enriquecimento pessoal que não possui limites, baseado na experiência pessoal e fazendo uso dos mecanismos mentais que são usualmente chamados de projeção e introjeção” (Winnicott, 1989n, p.221).

Nesse momento do desenvolvimento, a criança passa a ter uma realidade psíquica pessoal: “Naturalmente, isto não é verdade o tempo todo, mas, em determinados momentos e em alguns relacionamentos, pode-se dizer que ela já é uma identidade estabelecida.” (Dias, 2003, p.255).

Há ainda uma questão decorrente do estabelecimento de um si-mesmo integrado, que se refere à expectativa de um ataque do mundo não-eu, uma vez que este se encontra excluído do EU e fora de seu controle: “A reunião dos elementos do self associada à constituição de um mundo exterior produz por algum tempo um estado que poderia ser rotulado de paranóide” (Winnicott, 1988, p.141).

Winnicott identifica um estágio no desenvolvimento individual representado pela expressão “eu sou”, onde o bebê encontra-se mais integrado e diferenciado do não-eu: “Primeiro vem o ‘eu’ que inclui ‘todo o resto é não-eu’. Então vem ‘eu sou, existo, adquire experiências, enriqueço-me e tenho uma interação introjetiva e projetiva com o não-eu, o mundo real da realidade compartilhada” (Winnicott, 1965n, p.60). É no

começo desse estado “eu sou” que o indivíduo encontra-se vulnerável diante do mundo e, “potencialmente paranóide” (Winnicott, 1958g).

A criança, agora, habita mais firmemente no corpo; percebe-se tendo um contorno, como uma membrana limitante, a pele, que a separa de tudo o que é não-eu. Todo não-eu é repudiado como externo; ao mesmo tempo, ela passa a ter um interior, uma realidade psíquica pessoal, onde podem ser colecionadas e relacionadas as memórias de experiências, inclusive todas as formações do inconsciente reprimido, que, acrescentadas ao inconsciente originário – que não é reprimido, mas simplesmente esquecido – enriquecem a estrutura infinitamente complexa que pertence ao ser humano (Dias, 2003, p.255)

Finalmente, ao adquirir o estatuto de um eu unitário, surge a tarefa de integração da vida instintual, agora pessoal e não mais misturada com o ambiente ou externa ao sujeito. No impulso amoroso primitivo está contido o potencial erótico e o agressivo, que deverão fundir-se, fortalecendo a sensação de realidade e de existir do indivíduo. (Moraes, 2005, p.161).

4.6 Concernimento

O estágio do concernimento é o momento do desenvolvimento no qual o indivíduo adquire, gradualmente, um senso de responsabilidade em relação ao objeto. O cuidado ambiental necessário nessa fase diz respeito à presença constante da mãe permitindo a adaptação do sujeito à destrutividade que faz parte de sua natureza. A integração dos impulsos parte da percepção de que a mãe que cuida (mãe-ambiente) é a mesma que recebe a agressividade contida no impulso amoroso (mãe-objeto). Essa percepção pode se dar a partir do momento em que ele alcança certo nível de integração pessoal e se reconhece como “EU”, de forma que “gradualmente vai ocorrendo uma integração entre a forma tranqüila de relacionamento e a forma excitada, e o

reconhecimento de que ambos os estados (e não apenas um) constituem uma relação total com a mãe-pessoa” (Winnicott, 1988, p.89) - o que gera uma questão complexa para o sujeito, que só pode ser resolvida na relação com um objeto, que sustente a situação ao longo do tempo.

Na fase do concernimento, posterior à separação já consumada da mãe subjetiva, o ambiente é o círculo benigno, isto é, ainda é a mãe-ambiente – só que, desta vez, na qualidade de ambiente externo percebido como tal –, dedicada a sustentar no tempo o uso excitado pelo bebê dela mesma como mãe-objeto externo, ou seja, aceitando ser objeto do uso instintual do bebê. (Loparic, 2006, p.16)

Moraes (2005) mostra que o problema para o sujeito é que o relacionamento excitado inclui ataque e possível destruição à mãe. A destruição gera perda do objeto e culpa; ao mesmo tempo protegê-la de seus ataques implica ansiedade de grande proporção. Daí a necessidade da sobrevivência da mãe, que abre a possibilidade de encaminhar de forma satisfatória a ambivalência experimentada pelo indivíduo.

Assim, o bebê entra em contato com o impulso amoroso, com a destrutividade inerente e a culpa que vem em consequência. Aos poucos percebe que pode fazer algo de forma reparatória. Na medida em que a mãe está lá para receber o gesto do bebê, este vai adquirindo confiança em sua capacidade de reparação. Nesse caso, não há necessidade de inibir a sua instintualidade; pelo contrário a inibição diminui e isso leva ao enriquecimento das experiências instintivas: “O desenvolvimento da capacidade para o concern é, portanto, um assunto complexo e depende da continuidade do relacionamento pessoal entre o bebê e uma figura materna” (Winnicott, 1988, p.92).

Para o bebê excitado, a mãe-objeto - a que é usada nos momentos de instintualidade - deve *sobreviver*, isto é,

estar fisicamente presente, pessoalmente bem e permanecer com uma atitude inalterada, não retaliativa, durante o período em que o bebê elabora as experiências instintivas, que incluem idéias destrutivas e agressivas que fazem parte do impulso amoroso primitivo. Para o bebê tranquilo, a mãe-ambiente - a que recebe a afeição - deve *sustentar a situação no tempo*, ou seja, continuar empática ao bebê e dispor de um tempo para que ele elabore o que se passa em seu interior e possa avaliar as conseqüências desta experiência. (Moraes, 2005, p.197)

Estabelece-se o círculo benigno que permite ao indivíduo explorar seu potencial e intensificar as experiências instintivas: “Note-se que foi introduzido aqui um fator tempo, a mãe sustenta a situação de modo que o bebê tenha a chance de elaborar as conseqüências de suas experiências instintivas” (Winnicott, 1955c, p.356). Ou seja, o bebê reconhece a sua possibilidade de lidar com as conseqüências de seus impulsos e torna-se capaz de aceitar os fatores agressivos e destrutivos presentes no amor instintivo.

A resolução da dificuldade inerente ao estar vivo nesta etapa provém da capacidade para fazer reparações desenvolvida pela criança. Se a mãe sustenta a situação dia após dia, o bebê tem tempo para organizar as numerosas conseqüências imaginativas da experiência instintiva (...) Na relação comum entre mãe e bebê esta seqüência de machucar-e-curar se repete muitas e muitas vezes. Gradualmente, o bebê passa a acreditar no esforço construtivo e a suportar a culpa, e assim tornar-se livre para o amor instintivo. (Winnicott, 1988, p.90).

Para Winnicott, não é possível a um ser humano suportar a destrutividade que está na base dos relacionamentos humanos, ou seja, do amor instintivo, exceto por meio de um desenvolvimento gradual associado às experiências de reparação e restituição. (Winnicott, 1988, p.93). Desta forma a presença e a sobrevivência da mãe, ao longo do tempo, são absolutamente necessárias para que o bebê integre sua instintualidade.

Quando a confiança no ciclo benigno se estabelece, o sentimento de culpa é substituído pelo sentimento de preocupação e de responsabilidade por seus próprios impulsos instintivos. (Winnicott, 1963b).

Lins (2000) refere que, por outro lado, a mãe pode entender os impulsos libidinais do filho como agressividade intencional e ter alguma atitude em represália, ainda que seja simplesmente deixar de atendê-lo como anteriormente. Isto equivaleria à mãe não sobreviver. Para a autora, o bebê não só toma consciência de sua capacidade para destruir como tem a experiência de ter destruído a mãe na fantasia - o que acarreta um sentimento de culpa, que pode levar à inibição do impulso agressivo pessoal, que é fonte de realização das atividades construtivas, ocasionando, então, uma perda significativa para o desenvolvimento saudável do indivíduo. A retaliação dificulta que a criança se aproprie de sua potência para reparação e utilize sua agressividade sem medo de destruir o objeto. Diante de uma inibição significativa do mundo interno, o indivíduo passa a existir com baixo nível de vitalidade; temos como consequência a depressão.

Outra questão importante, relativa à sobrevivência da mãe, é o ganho crescente para a pessoa em termos de distinção entre fato e fantasia. Se a criança tem um acesso de raiva e sente como se tivesse destruído o mundo inteiro, mas as pessoas à sua volta mantêm-se calmas e ilesas, vive uma experiência que “fortalece enormemente sua capacidade de apreender que o que ele acha ser verdadeiro não é necessariamente real, que a fantasia e o fato concreto, ambos importantes, são, entretanto distintos um do outro” (Winnicott, 1945j, p. 69). Para que isto ocorra é necessário que a mãe consiga estabelecer, internamente, a diferença entre fato e fantasia, pois é por meio de sua capacidade de fazer essa distinção que poderá ajudar a criança a, gradativamente, compreender que “o mundo não é tal como se imagina, e que a imaginação não é exatamente como o mundo” (Winnicott, 1949m, p. 81).

Temos, então, que ao atingir a integração dos instintos e a responsabilidade sobre os efeitos da impulsividade instintual, constitui-se uma pessoa inteira, capaz de se relacionar com pessoas inteiras e vivenciar todos os conflitos decorrentes dessa nova posição subjetiva.

Esse breve percurso pelas etapas e tarefas pertencentes ao desenvolvimento emocional normal até o momento da constituição de um indivíduo integrado em uma unidade e pronto para ingressar na fase edípica, de relacionamento triangular entre pessoas inteiras, nos mostra a complexidade do amadurecimento e as inúmeras dificuldades que podem surgir na relação constitutiva indivíduo-ambiente. É importante destacar que o desenvolvimento emocional não é linear e que cada etapa descrita não pressupõe que nenhuma outra esteja acontecendo simultaneamente. Pelo contrário, muitas se sobrepõem e há sempre a possibilidade de um retorno a uma fase anterior, seja por necessidade da pessoa, seja por interferência ou falha (trauma) do ambiente.

Particularmente no que se refere a este estudo, trata-se agora, a partir das histórias vividas pelos indivíduos amputados, de refletir sobre o impacto da perda física, conforme vivida subjetivamente por cada um e sua interferência no percurso de amadurecimento pessoal e na forma peculiar de cada pessoa ser no mundo.

5 – CASOS CLÍNICOS

5.1 – Luís¹

Luís procurou o hospital para reabilitação ao mesmo tempo em que estava inserido em outra instituição, com o mesmo propósito. No primeiro momento, foi avaliado pelo fisioterapeuta e decidiu continuar o acompanhamento no outro serviço. Após algum tempo, retornou porque não estava satisfeito com o atendimento que vinha recebendo na outra instituição e não via perspectiva de protetização.

Logo que iniciou o atendimento sistemático na fisioterapia foi encaminhado para avaliação psicológica não só porque fazia parte da rotina, mas porque o fisioterapeuta que o atendia achava que Luís era um paciente difícil e esperava que estar em acompanhamento psicológico pudesse ajudar a controlar o seu comportamento: “Ele (L.) é bem agressivo, vai acabar dando problema, outro dia ameaçou de bater com a muleta no estagiário que o estava atendendo, perguntou se o estagiário sabia quantas cacetadas precisava para quebrar a muleta. Vamos ver se conseguimos dar alta logo”.

Quando fui agendar o atendimento com Luís, troquei involuntariamente o seu nome, ao que ele respondeu ofendido e bravo: “Eu não sou o Clóvis!!!” Desculpei-me enquanto pensava o que havia provocado a sua reação. Poderia ser algo relacionado ao fato de falhar, qualquer que fosse a falha; também poderia ser um incômodo da ordem do ser negado, rejeitado, ao não ser olhado e reconhecido como Luis.

Luís tinha, na ocasião da primeira entrevista psicológica, 35 anos, morava sozinho, separado, um filho de 14 anos. Trabalhava como cozinheiro quando sofreu um acidente de moto que causou a amputação de uma perna. Foi atendido durante cinco meses, uma vez por semana, totalizando 17 sessões.

¹ Os nomes dos sujeitos, bem como alguns dados de suas histórias foram modificados como forma de evitar que sejam identificados e proteger a privacidade.

Desde a primeira entrevista, Luis demonstrou uma necessidade imperativa de falar sobre a sua história, o dia do acidente, sua infância, seu casamento, tudo aparecia com riqueza de detalhes, embora sem dramaticidade. As histórias sucediam-se sem espaço para intervenções, nada mais do que algumas perguntas para melhor compreender a enxurrada de fatos que ele apresentava. De início, era como assistir a um filme feito de recortes, no qual os fatos se misturavam no tempo, indo e vindo entre passado e presente, entre os lugares por onde passara e as pessoas com as quais se relacionara. A história principal, que permaneceu presente na maioria das sessões e foi diversas vezes contada e recontada, foi a de seu nascimento e infância, marcada por uma vivência de rejeição e não pertencimento. Havia algo que Luís precisava comunicar e o fazia por meio de um relato contínuo e recorrente. Ao mesmo tempo em que falava de si, demonstrava uma enorme desconfiança a meu respeito. Ao final da entrevista inicial, conversamos sobre a continuidade dos atendimentos e ele disse: “Por acaso você vai me fazer mal? Se eu for vir aqui e não me fizer mal, então eu venho.” Mais do que demonstrar uma suposta indiferença, Luís expressava o seu medo de confiar em alguém; e também dizia de sua necessidade de encontrar um espaço onde algo diferente pudesse acontecer. Algumas sessões depois, pedi o seu telefone para ter uma forma de contato. Prontamente Luís respondeu: “Já sei!! Esta semana posso esperar um telefonema desmarcando. Eu sei, é sempre assim que acontece. Quando eu prometo uma coisa, pode ter certeza que eu vou cumprir, mas na minha vida ninguém cumpriu o que prometeu. Eu sei que você vai desmarcar”. Disse isso em tom de desafio, como quem propõe um teste; como se aquela fosse a oportunidade que encontrou para que eu lhe provasse se era ou não realmente confiável. A afirmação que eu o abandonaria deixava entrever não só o quanto a aproximação de alguém podia ser assustadora, mas também que havia, na relação comigo, a possibilidade de expressar essa insegurança que Luís vivia. De

qualquer forma ele avisava que, dentro dele, permanecia a dúvida: eu agüentaria estar com ele sem ir embora e sem decepcioná-lo?

A questão de ter perdido uma perna aparecia como um item a mais na lista que fazia de mostras de que em sua vida nada dava certo. Ao longo do tempo, pouco falou de como se percebia e se sentia em relação à amputação. Contou sobre o acidente na primeira entrevista. Embora não tivesse sido o primeiro acidente de moto que sofrera (em um deles quase perdeu o braço, que ficou deformado pela quantidade de cicatrizes), o relato do acidente remetia diretamente para seus conflitos com seu filho e sua ex-esposa. Para chegar a contar como perdeu a perna, começou contando que seu filho morou com os avós maternos desde que tinha um ano até os nove e que ele gosta muito de passar o final de semana na casa dos avós que moram no interior. No dia do acidente o filho estava voltando do interior e ia pegar uma carona com uns amigos, mas acabou perdendo a carona e teve que voltar de ônibus. Quando chegou à rodoviária telefonou e pediu para Luís que fosse buscá-lo de moto. “Eu não queria ir, não sabia explicar, mas sabia que não tinha que ir, liguei para a mãe dele (ainda eram casados) e falei que não queria ir; a gente acabou discutindo porque ela falava que não custava nada, que de moto eu ia num instantinho. Eu fui, mas não cheguei, um caminhão me pegou e deu nisso. Eu estava no melhor momento da minha vida, tinha um bom emprego, um ótimo salário, eu tinha tudo”. Havia ambigüidade em sua fala: ao mesmo tempo em que apontava para a hipótese de culpar sua ex-esposa pelo acidente, não se vitimava, tampouco demonstrava mágoa com relação a ela.

Contou, e este foi o único momento em que fez menção direta ao sofrimento advindo da amputação, que no começo foi muito difícil estar sem a perna, ficou seis meses fechado dentro de casa, sem sair e sem falar com ninguém: “Hoje eu tiro sarro disso, coloco minha perna em cima do balcão, não tô nem aí”. Luís trazia notícias de

que havia um sofrimento interno, mas que não podia aparecer no contato com o outro. Não parecia que o sofrimento fora superado, mas sim que ficara preservado, escondido. De qualquer forma, aparecia sob outro formato: “Todo dia brigo com alguém na rua. Você sobe no ônibus, de muleta, apoiado em uma perna e o cara que tá sentado fala: ‘Você quer sentar aqui?’ Eu tenho vontade de acabar com o cara, às vezes eu falo: ‘Sabe quantas cacetadas eu preciso dar para entortar esta muleta?’”. Não por acaso esta fora a mesma frase que havia dito ao fisioterapeuta e que motivara o encaminhamento para a psicologia. Parecia que, para Luís, essa perda provocava muita raiva. Reclamava que as pessoas olhavam e às vezes evitavam encostar nele, sentar ao seu lado no ônibus: “Te olham como se você tivesse uma doença contagiosa. Outro dia subiu uma mulher no ônibus, começou a me olhar, não parava de me encarar e olhar a minha perna. Fiquei com muita raiva, mas não falei nada. Aí ela começou a me perguntar há quanto tempo eu tinha perdido a perna e me contou que o marido tinha perdido há um mês. Depois até liguei para o cara e falei: isso tudo que você está sentindo eu já senti, depois passa, depois melhora”. A princípio, o olhar do outro parecia ameaçador e Luis reagia.

Essa foi a maneira pela qual Luís se apresentou. Mostrava-se frio e agressivo em sua forma de falar sobre as pessoas que “sempre” o decepcionaram: “Se está comigo hoje, tudo bem, se amanhã quiser ir embora, pra mim tudo bem também. Eu não fico controlando, perguntando aonde vai, com quem vai, sabe por quê? Porque não me interessa, eu me importo só comigo, de resto pra mim tanto faz se a cachoeira desce ou sobe, só quero saber de mim”. Ao longo de muitas sessões, ele contou sobre a sua infância, como uma forma de explicar o seu jeito de ser, a sua desconfiança e a sua declarada indiferença com relação às pessoas: “Ninguém é rebelde sem causa. Eu sou rebelde com causa”.

Luís nasceu no Maranhão, filho do pai com uma amante. Seu pai era caminhoneiro e faleceu em decorrência de um acidente de trânsito quando Luís tinha cinco anos: “Eu brinco que meu pai se suicidou porque era muito filho pra criar (ele e mais quatro irmãos), não agüentou. Quando sofreu o acidente estava trabalhando três dias direto, sem dormir”.

Logo que ele nasceu (após aproximadamente seis meses), o pai brigou com a amante e ela entregou-lhe o filho. Disse achar que a mãe tinha esperança que o pai largasse a mulher para ficar com ela: “Claro que ele não ia fazer isso, ele tinha mais quatro filhos com a mulher que, além disso, tinha câncer no pulmão. Nenhum cara larga a mulher pra ficar com a amante, eu levei muitas mulheres pra cama, mas nunca tive intenção de largar minha mulher pra ficar com alguma delas. A minha mãe biológica era tão legal que teve 14 filhos, um de cada pai. Quando eu nasci, ela já tinha dois, um de cada pai. Só com meu pai que ela teve três (ele e, depois, mais dois que ficaram com ela). Como o meu pai não largou a mulher, ela me entregou pra ele cuidar”. O pai levou-o para sua casa, dizendo que Luis era filho de um amigo que não tinha condições de cuidar dele.

“A minha irmã diz que, quando cheguei em casa, tinha bronquite, sarna e estava tão magro que parecia que pesava meio quilo”. Contou que a mãe (mulher do pai) e a irmã cuidaram dele. Quando ele tinha dois anos, estava bem, tinha engordado, não tinha mais sarna, estava saudável, aí a amante bateu na porta da mãe para pedir a criança. Dessa forma todos ficaram sabendo que ele era filho do pai com a amante. Deu tanta briga que a avó resolveu assumir e passou a cuidar dele: “Lá em casa ninguém cuidava de mim e por isso minha avó resolveu me levar pra casa dela”. Sentia que os irmãos tinham raiva dele e o desprezavam por ser filho da amante.

Quando o pai morreu, a avó colocou todos para morar com ela: a mãe biológica, a esposa do pai e os filhos de ambas, seus irmãos. Aos doze anos, a mãe (mulher do pai) morreu por causa do câncer e quando tinha quinze anos a avó quis voltar para o lugar onde havia nascido. Nessa viagem o barco virou e ela morreu afogada, junto com um sobrinho e um tio.

Disse que considerava a avó a pessoa mais importante de sua vida, que faria qualquer coisa por ela: “quando a minha avó morreu acabou tudo o que importava na vida”. Logo após a morte da avó, foi morar em São Paulo. Ela era a pessoa que tinha como mãe, já que nunca considerou a mãe biológica dessa forma: “Se bater na minha porta pedindo comida eu dou, porque eu não nego comida pra ninguém, mas entrar em casa, não entra.” Com relação aos irmãos, não manteve relacionamento com nenhum deles depois que foi morar em São Paulo: “Família? Eu não tenho família”.

Luís conseguiu completar o relato de sua história ao longo das sessões. Todas as vezes que voltava ao tema, acrescentava novos detalhes, organizava os fatos cronologicamente e, quando a relação comigo estava mais estabelecida, passou a incluir os sentimentos e as marcas deixadas por essas vivências. Apareceu o sentimento de rejeição da mãe biológica e dos irmãos, a sensação de ter sido usado como tentativa da mãe de ficar com o pai. Ele entendia que a mãe biológica ficara com ele somente enquanto tinha esperança de que seu pai abandonasse a família para ficar com ela. E que, quando ele havia encontrado um lugar, ainda que fosse o de filho do amigo, a partir do qual pôde ser cuidado e curado, a mãe biológica retornou e desestabilizou a família ao reclamar o filho e revelar sua verdadeira origem. Por outro lado, ele introduziu a importância da avó em sua vida, como alguém que entrou na história para salvá-lo do abandono, ao mesmo tempo em que contou de sua perda e, junto com ela, a perda da esperança: “Até minha avó morrer eu sabia o que era sentir, chorar; depois que ela

morreu isso acabou. Minha avó era uma santa. Eu costumo dizer que se ela fosse viva hoje eu largaria tudo e todos - inclusive meu filho - para cuidar dela porque eu não pude cuidar dela antes. Eu nunca tive quem cuidasse de mim”.

Juntamente com o relato de suas origens, Luís tratava, nas sessões, de sua solidão e de sua certeza da impossibilidade de estar com alguém, de confiar em alguém, de se relacionar com quem quer que fosse. A sua ex-esposa era, depois de sua avó, o único registro de alguém confiável que não estivera com ele somente para se aproveitar, de alguma forma. Afirmava que nunca tivera amigos que não tivessem algum interesse, somente a ex-mulher o ajudara sempre e ainda ajudava.

Quando a conheceu não tinha emprego fixo, não tinha onde morar. Percebia que se casara com ela como uma oportunidade para obter uma casa, um auxílio: “Eu sempre soube que meu casamento ia acabar um dia, eu não gostava dela como mulher, eu casei porque era a única chance que eu tinha”.

Ela sempre ganhara mais do que ele e sustentava a casa quando ele ficava desempregado. O seu último emprego era o que mais tempo durara, mais de dois anos; em outros trabalhos ficara poucos meses e o restante do tempo, desempregado; então muitas vezes viviam somente com o salário dela. “A gente podia ter construído a nossa vida, juntado dinheiro, eu sempre quis isso, mas ela não tinha o mesmo objetivo que eu, ela queria dar tudo para o filho e eu queria aproveitar mais e crescer na vida”.

Em uma sessão disse que era muito grato com relação a ela. Era uma afirmação surpreendente considerando que, até então, o tom a respeito das pessoas em geral era de indiferença ou raiva. Perguntei como se sentia com isso, ao que ele respondeu: “É difícil ser muito grato, principalmente quando você não tem como retribuir. Por isso me separei dela depois do acidente, ela não queria, mas eu não podia aumentar a dívida. Não queria que depois falassem que eu me aproveitei dela quando precisei e depois larguei”.

Contou que a separação também teve a ver com o filho; não agüentava ver que o menino dormia até tarde, não trabalhava e a mulher sempre o protegia. “Um dia ela falou pra mim que sabia que ia chegar a hora que ia ter que escolher entre eu (sic) e meu filho”. Achava que o fato do filho ter morado muito tempo com os avós maternos atrapalhara muito a sua relação com ele: “Eu era contra ele ficar com os avós, mas ela achava que não íamos conseguir cuidar dele porque trabalhávamos o dia todo, não tinha com quem deixar. Só que quando ele veio pra casa, já estava cheio de manias, ele era do jeito que os avós fizeram, aí não tinha como eu ser o pai dele”. Também se dizia ofendido e desprezado porque a família da esposa nunca aceitara o casamento: “Eles queriam um príncipe bem rico, alto e de olhos azuis para casar com ela, aí apareceu um cara baixinho, mulato e pobre, eles nunca suportaram”.

Sobre o filho, afirmou que têm uma relação distante: “Eu tenho um filho que não tá nem aí pra mim, só me trata bem quando vai me pedir alguma coisa. Eu brinco que não sou pai, sou banco, ele só me liga quando precisa de dinheiro. Ele só faz o que interessa para ele”.

Parecia que, para Luís, as relações entre pessoas pouco existiam. Não havia, em sua experiência, registro de relacionamento; o que havia era uma pessoa que se aproveitava de outra por algum tempo.

Luís me dizia, por meio do relato de várias situações, como vivia as relações que estabelecia; ninguém era suficientemente confiável para que se sentisse seguro e permitisse a presença de um outro em sua vida. Para ele, o seu isolamento era plenamente justificado porque, invariavelmente ele se decepcionara com as pessoas. Ou as pessoas “lhe faziam bem”, ou “lhe faziam mal”. Sob sua ótica, as que ele encontrou no caminho sempre lhe fizeram mal. Mesmo as que lhe fizeram bem, em algum

momento o magoaram - o que destruía, internamente, a vivência positiva que havia tido anteriormente.

Em uma determinada sessão, logo ao chegar, mostrou-se menos duro consigo mesmo, a sua expressão estava mais suave e mais entristecida. Disse que achava que não estava bem, contou que chorara muito no dia anterior, que as coisas estavam muito difíceis porque estava sem dinheiro e sozinho: “Antes desse acidente eu olhava para frente, agora eu só olho para os lados. Olhar para frente é ver o que está vindo; olhar para os lados é ver o que está passando e você não vai pegar mais”. Disse que estava sozinho e que não confiava em nenhuma relação. Passou, então, a me mostrar como se sentia traído, injustiçado e abandonado pelas pessoas de quem se aproximava. Um amigo do condomínio em que mora lhe pediu para fazer dois bolos de aniversário e Luís disse que precisava do dinheiro porque não estava recebendo auxílio-doença. “Eu fiz. O cara não me pagou até hoje, pra mim acabou, não confio mais nele”. Essa foi uma das histórias em que alguém lhe prometia algo que não cumpria, o enganava, ou o traía. Em todas elas, Luís demonstrava muita raiva da pessoa e o conflito sempre terminava em rompimento: “Eu sou assim, se gosto de você te dou tudo, você tem o que quiser de mim. Mas se você me prejudicar, é só uma vez, pra mim acabou. Para mim não existem as palavras ‘arrepentimento’ e ‘remorso’. O que você fez está feito, não adianta se arrepender, se desculpar, nada vai mudar o que você fez alguém sofrer”. Em sua vivência, não havia reparação possível.

Ao final da sessão, pediu para mudar seu horário por causa da fisioterapia. Ofereci algumas opções, mas não pôde aceitar nenhuma delas. Combinamos que viria em seu horário, mas acabaríamos mais cedo para dar tempo de ir à fisioterapia. Ao sair disse: “Tá vendo, eu só perco, agora em vez de duas sessões só vou ter uma”. Apontei que sempre foi uma sessão e não duas, ao que ele respondeu: “é mesmo, confundi! Mas

agora vai ser mais curta.”. Assim, na medida em que não houve um encaixe perfeito entre nossos horários, se o tempo da sessão diminuiria, não era por um pedido seu, mas por algo que eu lhe tirava; como se eu o estivesse, intencionalmente, prejudicando.

Na relação transferencial eu percebia que, diferentemente das primeiras sessões, ele deixava mais espaço para que houvesse algum tipo de intervenção. Eu podia começar a aparecer como alguém externo a ele. Ao mesmo tempo, seja por não conseguir encontrar outro horário que fosse conveniente para ele, seja por tirar férias e deixá-lo “sem atendimento”, eu entrava na lista de pessoas que o prejudicavam, que o decepcionavam, que lhe faziam mal. A diferença era que eu não permanecia nessa lista, porque havia uma constância na minha presença que permitia que, aos poucos, Luís experimentasse certa confiança nessa relação.

Cerca de três meses depois do início dos atendimentos, a prótese de Luís ainda não ficara pronta. O cartucho (parte da prótese que encaixa na perna) de sua prótese ficara pronto, mas apresentou um problema de encaixe e, ao andar, saía da perna. Parte da equipe considerava que a escolha do tipo de cartucho fora errada para o caso de Luís. Resolveram mudar para outro tipo de cartucho. Quando este segundo modelo ficou pronto, Luís reclamava de dor e incômodo; dizia que o primeiro era mais confortável, não machucava, o único problema era que saía da perna. Os fisioterapeutas afirmavam que era o modelo mais adequado para o seu caso e que o incômodo era normal no início, até formar um calo no local onde o cartucho apóia na perna. Para Luís a dor não era normal e ele não se “submeteria” a isso. Essa situação novamente confirmava que as coisas realmente não davam certo em sua vida e que, no hospital (assim como no outro em que estava fazendo a reabilitação logo após o acidente) havia muita má vontade para com ele, porque tudo era muito demorado.

Nesse período vinha para as sessões e reclamava de tudo: da lentidão na confecção e ajuste do cartucho, da distância de casa até o hospital, da demora da condução, do trânsito ruim. Falei da raiva que ele acumulava, ao que ele respondeu: “Eu sou que nem um saco, bem grande; todo mundo vai colocando coisa lá dentro e eu só deixo, só falando – tudo bem!. Não dá pra fazer? Tudo bem! Não tá pronto? Tudo bem! E vou juntando. Aí quando não cabe mais nada, eu viro o saco todo de uma vez, sai tudo junto, não quero nem saber”.

Explicava com detalhes como deveria ser feito o cartucho e dizia que não confiava em ninguém na oficina ortopédica, que eles não sabiam fazer as coisas direito. Segundo ele, nesse tempo todo em que estava esperando, leu muito sobre todos os tipos de próteses e de cartuchos, foi a vários lugares para ver, só que os outros eram pagos e muito caros e ele não podia pagar; então tinha que aceitar a situação em que estava e esperar uma solução: “O problema é que eles vão fazer mais dez cartuchos e não vão resolver, vou acabar ficando com esse (o primeiro que ele usou) que fica super confortável, não machuca, o único problema é que quando dou o passo a prótese sai; sei lá, acho que vou acabar achando sempre esse melhor que os outros”. Sabia que não ficaria satisfeito com a prótese que teria. Luís demonstrava que a questão da prótese estava intrinsecamente ligada à sua dinâmica psíquica. Não se tratava apenas de um auxílio para andar. O que estava em jogo era a repetição de uma pseudo-aceitação. Assim, concordar em usar uma prótese, que não estava totalmente adequada, o mantinha em uma posição de insatisfação com o outro, que não tinha feito direito, não tinha lhe dado aquilo que ele necessitava para continuar procurando alguma coisa que “desse certo” em sua vida.

Aos poucos Luís deixava um pouco os fatos de sua história e começava a pensar e a falar a respeito de suas angústias e da solidão em que se encontrava. Nesse momento,

Luís foi encerrando o nosso trabalho. Havia decidido não mudar mais o cartucho e usava a prótese juntamente com uma bengala para melhorar o apoio. Disse que, em poucas semanas, teria alta da fisioterapia e que seria a hora de cuidar de sua vida, retornar ao trabalho, tentar montar o seu negócio, trabalhar para ele e não mais como funcionário de alguém.

Em uma das últimas sessões chegou chateado e contou que no dia anterior passara fechado dentro de casa, sem falar com ninguém e que isso não fazia diferença pra ninguém. Disse que pensou muito e ficou se perguntando por que tudo na vida dele dava errado sempre: “As pessoas que se relacionaram comigo sempre quiseram me usar, não sei por que, às vezes penso que estou pagando porque rejeitei minha mãe”. Luís se referia ao fato de não ter perdoado a sua mãe biológica por tê-lo abandonado e não ter aceitado a sua aproximação posterior. Vivia um conflito, uma vez que a raiva que sentia em relação à sua mãe não tinha como ser legitimada e acolhida por ela; então se tornava muito destrutiva. Isso o aproximava de um sentimento de culpa que tinha muita dificuldade em vivenciar, inclusive porque a punição, representada por tudo o que dava errado em sua vida, era monstruosa. Por outro lado, conter a raiva e a agressividade em relação à sua mãe e a toda sua história o colocavam em uma posição de insatisfação e sentimento de injustiça eternos. Luís expressava a sensação de aprisionamento (interno) que vivia: “Eu me sinto como se tivesse no meio de uma roda, com um monte de cara apontando uma arma pra mim e eu não tenho como sair de dentro desse círculo”.

Na última sessão, chegou andando sem muletas pela primeira vez. Disse que o fisioterapeuta achava que ele havia escolhido a prótese que estava usando: “Eu não escolhi nada, é que não tenho opção, essa é a que ficou melhor, mesmo com o problema de sair; tenho que andar pensando muito bem o que estou fazendo, cada passo, mas pelo menos já consegui tirar a muleta; eu não nasci com muleta, então tem que tirar. Agora só

daqui a uns quatro meses que eu tenho que voltar. Agora tenho que ir atrás das minhas coisas, meu trabalho, o que eu podia fazer aqui, eu já fiz”. Perguntou se eu achava que ele era doido ou revoltado e entendi que ele precisava saber o que eu via nele. Disse-lhe que não sabia o que ele estava entendendo como doido ou revoltado, mas que poderia dizer algumas coisas sobre as quais havíamos conversado e que percebia nele. Falei basicamente da dificuldade em confiar, em acreditar, porque talvez nunca tenha sentido que alguém poderia estar com ele, olhar pra ele e entendê-lo, sem traí-lo, invadi-lo ou usá-lo. Luís se despediu dizendo que não sabia se a psicologia o tinha modificado; achava que seu jeito de pensar não mudara, mas que ele havia estado comigo por muito tempo, me contara toda sua história e queria me agradecer por tê-lo escutado, acompanhado e ajudado durante esse tempo.

Penso que, nesse processo, Luís pôde, basicamente, fazer um trajeto por sua história, de forma a confiar a alguém os não ditos que permaneciam criando lacunas dentro dele. Também pôde formular a questão da falta de confiança básica e a angústia não só de não ter alguém ao seu lado, mas a angústia de ter alguém habitando o seu mundo, assim como o medo de perder e voltar à condição de solidão e rejeição. Por alguns momentos, por meio de seu relato, teve a vivência de expressar a sua capacidade de amar, ainda que rapidamente retornasse para a condição de aridez afetiva em que se sentia mergulhado. Finalmente, o seu questionamento, em uma das últimas sessões, a respeito de como sua vida tinha chegado a ser o que era, o porquê nada dava certo e ninguém estava genuinamente ao seu lado, me fez pensar em um momento de integração, de se ver como alguém que pode ter uma ação sobre o mundo e, conseqüentemente sobre sua vida, ao contrário de toda a sua vivência de que o mundo era o grande agente opressor que o impedia de ser o que ele queria ser. Digo um

momento, porque percebi que era só um início de reflexão que se desenhava; porém vejo que houve um caminho trilhado para chegar a esse momento, ainda que passageiro.

Discussão

Há alguns aspectos que são relevantes, em Luís, para compreender o seu desenvolvimento emocional e, a partir daí, estabelecer uma relação com a experiência da amputação. São eles: a desconfiança e desesperança com relação ao mundo e às relações; a irreversibilidade das conseqüências de suas ações sobre o mundo e vice-versa; a inexistência da possibilidade de reparação e a manifestação de sua agressividade. Incluída nessas questões, que fazem parte do desenvolvimento emocional de Luís, está a profunda marca relativa à sua história de vida, que permeia a forma como ele se vê e se apresenta ao mundo.

A questão da desesperança com relação ao mundo, que Luís apresenta desde o início do contato comigo, nos mostra que há conseqüências importantes em seu amadurecimento pessoal, decorrentes de falhas nas fases iniciais de seu desenvolvimento.

Se o ambiente falha em prover o bebê de confiança na realidade de si-mesmo e do mundo, o indivíduo não alcança a capacidade de acreditar em..., de confiar. O resultado é uma desconfiança básica, uma inconsistência que torna tudo irreal. O indivíduo não pode entregar-se aos acontecimentos da vida e fica todo o tempo tomando conta do ambiente, à espreita de alguma invasão ou tomando conta do frágil si mesmo, sempre passível de ser perdido, aniquilado (Dias, 1999, p.299).

Não é somente pela história concreta que podemos perceber a existência de falhas ambientais na vida de Luís, embora os sucessivos momentos de rejeição, abandono e perda que ele relata façam pensar em que condições de sustentação e

adaptação ambiental ele se desenvolveu. É possível perceber também na forma como Luís se vê, se apresenta e se relaciona que a espontaneidade não é o padrão principal que vivencia. Ele frequentemente se mostra reagindo e/ou se protegendo de algo ou de alguém e podemos pensar na reação como um parâmetro de estar no mundo, incluindo aqui o fato de sua agressividade estar mais a serviço de uma defesa do que do seu próprio crescimento. Como exemplo dessa questão está um recorte de uma sessão na qual Luís contava que sempre quisera montar seu próprio negócio, mas lhe faltava dinheiro para investir: “Uma vez um cara me disse: ‘Luís, eu quero ser teu sócio, quanto você precisa pra abrir o teu negócio?’ Eu falei: ‘Não preciso nem fazer conta, preciso de cento e trinta mil’. Aí o cara falou: ‘Beleza, eu entro com o dinheiro e você vai conseguir tudo o que você sempre quis’. Aí eu falei: ‘Não quero, sabe por quê? Porque vou trabalhar que nem um louco pra tudo dar super certo, vou me matar cozinhando do melhor jeito que eu puder, aí vai chegar no final do mês e você vai chegar e falar, quanto deu de dinheiro? Eu vou falar, foi tanto. Aí você vai falar que é 70% pra mim e 30% pra você. E com o tempo você vai achar que tá ganhando pouco e eu vou ter que me matar mais ainda pra ganhar mais dinheiro’. Não, obrigado, eu não quero ser escravo de ninguém”.

Para Winnicott, o direcionamento do impulso agressivo para a destrutividade ou para a criatividade vai depender da facilitação do ambiente ao permitir que o indivíduo alcance uma identidade unitária considerando, inclusive, a apropriação da agressividade inerente ao ser humano, podendo, assim, sentir culpa e se responsabilizar pelos resultados de seus atos. “Em suas origens, a agressividade é quase sinônimo de atividade: trata-se de uma função parcial” (Winnicott, 1958b, p.289). A integração não é alcançada em um dia, ela vai se concretizando e consolidando e ainda depois de conquistada pode ser perdida devido a uma situação ambiental adversa. Se a integração

não se realiza ou se realiza de maneira muito precária e a agressividade é inibida: “ocorre também a perda de uma parte da capacidade de amar, ou seja, de relacionar-se com objetos”. (Winnicott, 1958b, p.291)

Em Luís não parece existir a possibilidade de lidar com a ambivalência, característica de um momento do desenvolvimento que pressupõe a conquista da identidade unitária. Nesse sentido a sua agressividade também é vivida como absoluta e, projetada no ambiente, torna-se persecutória. Todos querem usá-lo e prejudicá-lo. E é a esta realidade subjetiva a que deve sempre reagir.

Para Winnicott (1958b), quando “a integração do ego já alcançou um grau em que o indivíduo pode perceber a personalidade da figura materna e (...) tem como consequência o sentimento de concernimento quanto aos resultados de suas experiências instintivas, tanto físicas quanto ideativas” (p.291), inicia-se a tarefa de administrar o mundo interno.

O fato é que esta tarefa não pode ser iniciada antes que a criança esteja bem alojada no interior de seu corpo, e consequentemente em condições de perceber a diferença entre o que está dentro e o que está fora de si mesma, e entre o que é real e o que é fruto de sua fantasia.(Winnicott, 1958b, p.292)

O que parece é que, em Luís, esta tarefa não pôde ser concretizada. Para ele, existe um único registro de um amor não ameaçador, o de sua avó, figura inabalável, inatingível, amor absoluto. Ela, enquanto objeto subjetivo, permanece sob seu controle onipotente e não representa qualquer ameaça. Diante dela, ele supõe que poderia ser ele mesmo. Não consegue romper a dicotomia entre o que é e o que não é, o bem e o mal, o certo e o errado. Se alguém lhe faz bem, deve sempre ser assim, caso contrário este alguém deixa de fazer parte de sua vida. Para ele, não existe a possibilidade de uma

pessoa ser, ao mesmo tempo, experiência de amor e de ódio, de satisfação e de frustração. Não há possibilidade de reparação, não há “preocupação”. Winnicott considera que “preocupação” é a palavra que expressa, de modo positivo, aquilo que no negativo poderia ser descrito como “culpa”. Para ele “a capacidade de se preocupar é uma questão de higidez, uma capacidade que, uma vez estabelecida, pressupõe uma organização complexa do ego, que não se pode considerar de outro modo, que não seja o de uma conquista” (Winnicott, 1963b, p.71).

Não é à toa que Luís afirma enfaticamente que, para ele, não existem as palavras arrependimento e remorso. Para que existissem essas palavras, seria preciso que Luís tivesse tido a possibilidade de integrar sua instintualidade e tivesse vivido a experiência de destruição e reparação.

Particularmente na relação transferencial, Luís procurou de várias formas uma prova que confirmasse a impossibilidade de estabelecer uma relação de confiança e, em certo sentido, criou situações nas quais estaria marcada a minha falha, a partir da qual ele poderia reagir, por exemplo, quando pediu para diminuir o horário de atendimento e depois se sentiu lesado, porque supostamente eu lhe tirara tempo de sessão. Durante todo o processo, sentia que a questão do falhar com ele era algo para o qual deveria ter redobrada atenção. Principalmente em se tratando de um atendimento em instituição, muitas vezes, é difícil manter algumas condições de presença e constância, necessárias em alguns momentos, como no caso de Luís. Entendo que o mínimo de sustentação foi garantido, o que permitiu pequenas mudanças ao longo do processo. Inclusive ao final, quando se despediu dizendo que não sabia se o ajudara, que nada mudara para ele, mas que gostaria de agradecer, entendi como uma conquista, um passo em direção a poder ser, sem necessariamente reagir. Havia nessa fala certa ambivalência, algo da ordem de um ataque (“não mudei, não sei se me ajudou”, o que poderia ser desvalorização da

psicoterapia), ao mesmo tempo um sentimento de gratidão e o registro de ter sido escutado, talvez entendido. Ou seja, uma possibilidade de juntar, na mesma pessoa, aquela que frustra, que não ajudou em nada, não mudou o seu sofrimento, não o tirou da infelicidade; e aquela que lhe deu espaço, atenção e confiabilidade.

E como se insere no universo psíquico de Luís a perda de uma parte de seu corpo? Está claro que a amputação não aparece como foco de suas angústias. A vivência, com relação a essa perda surge pouco em sua fala. O que ele apresenta é uma vivência não referenciada como perda. Ou, dito de outro modo, Luís não parece experienciar a amputação como uma perda de uma parte de seu corpo. Considerando que há falhas em seu desenvolvimento que dificultaram a constituição de um si mesmo integrado, dificuldades estas referentes à integração de sua instintualidade, é possível compreender que a integração das experiências vividas não ocorra de modo saudável. Pois para que perda de uma parte da perna fosse de fato experienciada e integrada como pertencente ao si mesmo, Luís necessitaria ter condições, em termos psíquicos, de aceitar e reconhecer seu mundo interno e de lidar com as suas exigências e conflitos na relação com a realidade externa.

Como vemos em Winnicott, a instintualidade, que pode se desenvolver de maneira saudável, e a aceitação da realidade psíquica pessoal são fatores intrinsecamente relacionados; sendo que entraves na primeira comprometem a percepção da segunda e, conseqüentemente, o enriquecimento pessoal que poderia se dar por meio da integração das experiências vividas.

(...) experimentar seja o que for que se encontre em sua íntima realidade psíquica pessoal, é a base do crescente sentido de identidade. (...) Na criança individual em evolução de amadurecimento, surge outra alternativa à destruição muito importante. É a construção. Tentei

descrever algo da maneira complexa como, em condições favoráveis de ambiente, um impulso construtivo relaciona-se com a crescente aceitação pessoal de responsabilidade pelo aspecto destrutivo da natureza infantil. (Winnicott, 1964d, p.267)

Luís não encontrou em seu percurso a alternativa da construção.

Em alguns momentos, como quando está na fila do banco ou no ônibus, Luís se coloca como deficiente. Não como alguém que necessita de um benefício, devido a uma dificuldade, mas como alguém que reivindica um direito, próprio de uma determinada condição, independentemente de necessitá-lo ou não.

Em outros momentos, a perna amputada é exposta, quase como um confronto ao outro, quando alguém não percebe que é amputado. É como se necessitasse ser reconhecido como amputado, ser visto da forma como está. Diferentemente de outros indivíduos que se sentem aliviados em esconder a amputação, usando uma prótese e uma calça, por exemplo, Luís procura uma maneira de tirar a prótese e mostrar a sua perna, da forma como é e não como parece ser.

Nessas duas situações, o que chama a atenção é que Luís faz um uso de sua perna amputada: ou como uma forma de se beneficiar, ou como forma de agredir/chocar; ou até mesmo como uma maneira de ser visto em uma condição mais verdadeira, se comparada à situação das pessoas não perceberem que é amputado.

Por outro lado, conta que logo após o acidente, ficou seis meses sem sair de casa; porém, não fica claro qual foi a sua vivência na ocasião e qual era o sentido de não querer sair. Luís evita falar sobre isso, mas esse relato diz de uma necessidade de recolhimento concreto e de auto-proteção, que deixa entrever o impacto sofrido com a perda da perna. Podemos supor que o isolamento, nesse momento, reforçou uma organização defensiva, sendo que no momento posterior, a perna passou a ser objeto e

não parte de seu corpo, que sofreu uma perda, que pôde ser subjetivada. Sem um ambiente facilitador - e aqui podíamos pensar em um ambiente terapêutico - a perda da perna se caracteriza como mais um trauma. Trauma no sentido de não encontrar a possibilidade de retomada do desenvolvimento emocional, ainda que fosse a partir de uma ruptura. É o relato dos seis meses “sem sair de casa e sem falar com ninguém” que fazem pensar que houve uma ruptura em algum nível. Mas que teve como consequência a retomada da organização defensiva e não a retomada do amadurecimento pessoal.

Não é possível afirmar que a perda da perna causou uma mudança em sua dinâmica psíquica; parece importante refletir se, nesse caso, a própria perda não é consequência das dificuldades encontradas no processo de amadurecimento de Luís, anteriormente apontadas. Nesse sentido, a amputação aparece como consequência de uma impulsividade destrutiva, que não consegue se constituir como fonte de energia vital, saudável e integrada.

De qualquer forma, seja causa, consequência ou contingência, a perda sofrida é vivida como confirmação de sua solidão e da ausência de sentido que permeia sua vida. Isso significa que a perda da perna não traz mudança, não gera uma paralisação em seu desenvolvimento, mas o mantém no estado de impedimento de amadurecimento em que já se encontrava.

5.2 Rogério

Rogério foi atropelado por um carro desgovernado e, como consequência, teve amputada uma perna. Na ocasião da primeira entrevista, tinha 27 anos, era casado desde os 20, e tinha um filho de seis. Trabalhava como policial militar.

Foram realizadas duas entrevistas. Após a primeira, era evidente, tanto para mim quanto para Rogério, que ele necessitava de ajuda. Disse que queria voltar na semana

seguinte. Não retornou. Passada outra semana, encontrei-me com ele durante seu horário de fisioterapia: “Eu não vou mentir para você, eu não tô bem, não queria falar, por isso não vim. Eu ia te procurar na 5ª feira (próxima sessão), tinha me programado para vir na próxima”. Agendamos para a semana seguinte, conforme ele havia se programado. Na primeira entrevista, ele havia falado sobre o acidente e, principalmente, de seu desespero por ter perdido a perna. Naquele momento estava tomado por uma impossibilidade de se ver sem a perna. Era como se nada mais existisse, somente a angústia de estar amputado. Em sua fala não havia história, não havia passado, não havia futuro. Havia somente o tempo a partir do acidente, vivido como um desmoronamento de seu mundo. Estava extremamente fragilizado e tentando se manter estruturado, porém percebia que não obtinha muito sucesso nessa tarefa. Na segunda entrevista, Rogério contou-me sobre a sua vida antes do acidente, seu trabalho, os conflitos entre sua família e sua esposa. Percebia que sempre tivera dificuldade em administrar estas questões, mas não havia muito tempo em sua vida agitada para entrar em contato com elas. Depois desse segundo encontro, Rogério novamente agendou uma sessão à qual não compareceu. Faltava também à fisioterapia. Após duas semanas, ele parou de ir ao hospital, enquanto esperava que confeccionassem a sua prótese. Não me procurou mais.

Rogério trabalhava em três empregos, um deles uma firma de rastreamento de veículos roubados. Foi buscar um caminhão que havia sido encontrado abandonado em uma estrada; estacionou sua moto no acostamento e desceu. Um carro, que vinha trafegando na via, não conseguiu fazer a curva e o atropelou. Teve traumatismo craniano e múltiplas fraturas na perna.

Percebeu, no local do acidente, pela reação dos colegas que o socorreram que era muito grave; rompeu uma artéria da perna e sangrou muito, passou por três hospitais até chegar a um que tivesse recursos para atender o seu caso. Ficou em coma por alguns dias

e quando acordou já estava sem a perna. “Falei para o médico, não acredito, eu tô sentindo a perna, aí ele me ajudou a sentar e me mostrou a perna”. Disse que ficou desesperado, pediu para morrer, achava que como tinha perdido a perna nada mais valia a pena: “Dei muito trabalho na enfermagem, não conseguia aceitar, queria desligar todos os aparelhos, até que um médico me fez olhar todos os pacientes da UTI, um em coma por mais de dois meses, o outro pra morrer, o outro não sei de que jeito, ele queria que eu visse que tinha gente pior. Aí sosseguei um pouco”.

Em seu trabalho, já vira várias pessoas que haviam sofrido acidentes como o dele e ficaram com seqüelas graves e incapacitantes: “Eu sempre pensava como o cara pode viver assim?”. Enquanto estava internado, conversou com a psicóloga da Polícia Militar e lhe disse que estava bem, confiante, esperava colocar uma prótese e ficar bem: “Ela acreditou e liberou minhas duas armas, aí cheguei em casa e minha mulher escondeu a munição, ela falou que não adiantava procurar porque estava muito bem escondida, que eu ia ter que procurar outro jeito”. Tomou todos os remédios disponíveis, mas só teve diarreia. Logo que voltou para casa não deixava nem abrir a janela, mesmo com muito calor queria tudo fechado. Agora deixa abrir a janela, mas não quer sair para nenhum lugar: “Eu tenho vergonha disso aqui (perna amputada), não consigo aceitar isso”.

Rogério trabalhava em três empregos, por opção própria. Havia noites em que não dormia, emendando um trabalho no outro: “Não conseguia ficar parado, não sei, me dava uma coisa por dentro que não podia ficar parado, teve um dia que cheguei em casa às 6:00 da manhã, depois de trabalhar a noite toda e falei pra minha esposa: Vamos sair, vamos para algum lugar”. Logo que entrou para a polícia, trabalhou um tempo na rua e depois ficou interno porque queria estudar e ser cabo; mas sempre preferiu estar na rua: “Você vê pessoas muito diferentes, uns ficam com medo de você, outros ficam

agradecidos, outros tratam como se te conhecessem, outros não querem você por perto. Eu gosto disso, de estar no meio dessas pessoas diferentes”.

Disse que sempre foi muito agitado; não parava nunca, não ficava parado nem para conversar. O pessoal na corporação reclamava e dizia que ele não tinha conversa com ninguém. Rogério me contava de uma inquietação que o levava a fazer coisas o tempo todo. Falava de uma impossibilidade de parar, o que quer que isso significasse para ele. Ao mesmo tempo, apontava para a dificuldade de estar com alguém, se relacionar.

Uma vez levou dois tiros em uma operação: “Fui para o hospital, levei um montão de pontos, mas dois dias depois estava trabalhando com a mão cheia de pontos. Nunca fiquei tanto tempo parado. Isso é o pior de tudo, ficar parado. A cabeça vazia é a oficina do diabo, eu fico só pensando besteira”. Embora não ficasse claro o que seriam esses pensamentos, existia algo que ele tinha que evitar: idéias, sentimentos, fantasias. Independentemente do que fosse, havia um mal estar não formulado, que provocava uma necessidade de ação constante.

Trabalhava desde os treze anos: “Eu queria ter o meu dinheiro, não queria ter que pedir dinheiro para o meu pai para comprar uma roupa que eu quisesse”. Trabalhou como ajudante de pedreiro, vendedor, atendente em lanchonete, fez exército e depois resolveu entrar para a polícia. Conta que estudou muito para o concurso, sem o apoio da família: “Minha mãe falou: ‘Você acha que vai entrar? Você não tem chance!’ Por que não? Ninguém é mais bonito que eu para entrar e eu não. Tinha mais de mil candidatos e trezentas vagas. Eu passei; meu nome tava lá entre os primeiros quarenta. Não que eu fosse esfregar na cara, mas deu vontade que todo mundo visse que eu tinha passado”.

Pouco falou sobre a família. Tem uma irmã de 16 anos e depois que casou afastou-se da família porque a mãe, a sogra e a esposa brigaram: ”Elas são (sic) brigadas

por picuinha, fofquinha”. Fica muito reticente ao falar de seus pais, mencionou a briga de sua mãe com sua esposa, mas não como uma questão importante para ele naquele momento. Penso que Rogério não queria falar dessa briga porque havia outro sofrimento mais presente, ainda que não explicitado: não se sentia compreendido e amparado em sua dor, pela sua família. Ao mesmo tempo, a briga o colocava em situação de escolha: ou tinha a esposa ao seu lado, ou sua mãe e sua irmã (não mencionou o pai). Ele não tinha como prescindir de nenhum dos lados e ressentia-se de não ser atendido em sua necessidade. Disse que os pais foram só duas vezes ao hospital enquanto estava internado e depois que voltou para casa não foram nenhuma vez: “Minha mãe falou que fui eu que escolhi assim, então eu não vou atrás, não vou pedir, eles sabem como eu tô, se não vêm eu não consigo ficar pedindo”.

Ficou muito magoado com uma conversa que ouviu enquanto estava internado: “Eu tava em coma, mas você escuta tudo. Eu não conseguia me mexer, nem abrir o olho, mas tava escutando tudo. Eu sabia que minha mãe tava lá do lado da cama e ela falou pra minha esposa: ‘Agora que ele tá aleijado, você vai continuar querendo ficar com ele?’. Pô, isso magoa, eu não esqueço, nunca falei pra ninguém que eu ouvi isso, mas não tiro da minha cabeça”.

Contou que estava muito mal porque não conseguia dormir, passava as noites quase em claro e de dia também não tinha sono. Em alguns dias também não conseguia comer. A sua esposa trabalhava e o filho ficava na casa da avó; então ele passava o dia sozinho. Disse que quando olhava a perna sentia muita raiva da vida, do destino: “Não sei por que foi comigo, não consigo entender”. Apesar de sentir que tudo estava muito difícil para ele, achava que tinha que “se segurar” e se controlar porque tinha medo de descontar a raiva na esposa e magoá-la. Ela lhe dissera que o pior era vê-lo revoltado e, a partir disso ele passou a tentar não demonstrar como se sentia: “Eu me seguro, aí quando

não agüento mais, me tranco no banheiro e choro”. Disse que se não fosse assim seria muito pior para ele porque estava brigando muito com a esposa e “ela não merecia o que tava fazendo com ela, além disso, ninguém agüenta um cara sem perna e chato, revoltado, igual eu tô, tenho que agüentar sozinho”.

Rogério usou o espaço das sessões como breves momentos onde pôde dizer aquilo que realmente sentia. Mostrou a angústia, o vazio, a falta de sentido que havia tomado conta de sua vida - a vergonha e o sentimento de impotência diante de seu corpo amputado - ao mesmo tempo em que disse como tentava se proteger dessa dor: sendo aquilo que entendia ser o esperado dele, ou seja, superar a perda, ficar bem com a prótese, não se revoltar, não reclamar. Tentando viver a perda da perna de uma forma diferente daquela que ele estava realmente vivendo, Rogério buscava não perder o amor de sua esposa e de seu filho e não destruí-los com sua raiva e revolta pelo que havia lhe acontecido.

Em nossos encontros, ele pôde comunicar o que estava vivendo internamente, talvez pela primeira vez desde o acidente, como ele mesmo afirmou ao dizer sobre a conversa que ouviu entre sua mãe e sua esposa quando estava em coma e que o marcou profundamente. Só não lhe foi possível usar e manter esse espaço.

Discussão

Esses dois encontros obviamente não possibilitam que conheçamos Rogério profundamente, nem que tenhamos acesso preciso à maneira como seu deu o seu desenvolvimento pessoal - o que não permite um diagnóstico em termos de momento do amadurecimento. Porém, ele comunicou aspectos significativos de sua vivência, que nos permitem refletir sobre a intensidade do impacto causado pela perda da perna.

Um aspecto que chama a atenção é a impossibilidade de “parar” a que Rogério se refere como uma sensação anterior ao acidente. Podemos pensar que este “parar” não se referia somente à dimensão física, a ter que estar em constante movimento; embora, se considerarmos seus três empregos essa não seria uma dimensão pouco importante. Mais além desse tipo de ação, ele também aponta para a dificuldade em estar, seja estar sozinho, relaxar, dormir; ou mesmo estar com alguém, no sentido de se relacionar. Ele enfatiza esse aspecto como forma de dimensionar o horror a que se sente submetido, na medida em que se vê mergulhado naquilo que consistia como um fator de extrema ansiedade e que era intencionalmente evitado.

Safra (2005) aponta para uma questão que considera importante - do ponto de vista clínico, em se tratando de pessoas com dificuldades na constituição do si mesmo - que é observar que o indivíduo procura ancorar a totalidade do self em um único aspecto, ficando dele dependente: “A ancoragem pode-se dar em qualquer aspecto de si. O indivíduo vive angústias de dispersão e de aniquilação de si mesmo, quando não consegue se ancorar naquele aspecto que é o elemento que define seu ser” (Safra, 2005, p.72).

É importante lembrar da importância dos estados tranquilos desde os primórdios do desenvolvimento, na integração psique soma e ao longo de toda a vida. Winnicott postula que a integração é alcançada a partir de um bom cuidado infantil e também através de impulsos e experiências instintivas:

...na saúde há quantidades suficientes destas duas coisas e sua combinação significa estabilidade. Quando não há o bastante de nenhuma das duas, a integração jamais se estabelece por inteiro ou se estabelece de uma forma estereotipada, hiperenfatizada e fortemente defendida, impedindo que ocorra o relaxamento, ou a não-integração repousante (Winnicott, 1988, p. 140).

Para Rogério parecia não haver repouso na situação de relaxamento. Pelo contrário, essa possibilidade o deixava à mercê de pensamentos cujos conteúdos, embora não explicitados, apresentavam caráter amedrontador: “Nunca fiquei tanto tempo parado. Isso é o pior de tudo, ficar parado. A cabeça vazia é a oficina do diabo, eu fico só pensando besteira”. Esse estado, então, era bastante ameaçador para ele e isso nos leva a outro ponto relevante: a depressão que se manifestou após a perda da perna.

Estar amputado trazia sentimentos de profunda desvalorização, tristeza e esvaziamento do sentido da vida para Rogério. Sentia vergonha da perna amputada, afirmava que a vida não tinha mais sentido, ao mesmo tempo em que sentia muita raiva que isso tivesse lhe acontecido. Estar amputado lhe tirava a condição de dignidade humana que supostamente tinha antes do acidente, portanto não aceitava o que lhe aconteceu como algo próprio de sua vida, de sua história. O sentimento de impotência aparecia de forma intensa e também o medo de destruir a pessoa que estava cuidando dele e de quem se sentia dependente: sua esposa. Uma hipótese a ser considerada seria estarmos diante de um quadro de depressão patológica, desencadeada por uma perda concreta, diante da qual não se encontrou possibilidade de reparação.

Diferentemente de Luís, Rogério se aproxima da vivência da ambivalência. Assim é com a esposa, de quem gosta e com quem quer estar, mas também com quem briga e a quem agride manifestando a raiva de ter perdido a perna. Porém, aproximar-se dessa ambivalência gera muita culpa e muito medo da retaliação, que, no caso da esposa, seria deixá-lo. Para Winnicott, nas diversas formas de depressão “o paciente se encontra em dificuldades com as idéias e impulsos destrutivos que acompanham a experiência dos relacionamentos objetivos” (1989vl [1961], p. 54).

Assim, apesar de se aproximar da integração dos impulsos que seria própria do momento do concernimento, o medo da própria agressividade como potencial destrutivo

inibe a instintualidade, o que se manifesta sob a forma de depressão patológica, como vivida por Rogério.

É possível pensar que antes da amputação também não houvesse a integração instintual necessária para a continuidade do desenvolvimento e o estabelecimento de relações interpessoais amadurecidas. Rogério aponta para uma fuga da depressão em termos de defesa maníaca; nesse sentido, a perda da perna redimensiona a estruturação defensiva, que passa a se configurar como depressão, porém mantendo a cisão que dificulta a integração da experiência e a continuidade de amadurecimento.

5.3 Robson

Robson veio para a primeira entrevista logo após a alta hospitalar. Durante a internação, a equipe de enfermagem havia solicitado acompanhamento psicológico porque não conseguiam se comunicar com ele, estava sempre muito calado e só falava o mínimo necessário. A psicóloga que o acompanhou durante a internação relatou que o contato com Robson era muito difícil, ele parecia muito inibido e dizia que estava muito confuso e que necessitava de ajuda. Quando o conheci estava iniciando a reabilitação. Na entrevista pouco falou a respeito de sua história ou de sua família, sendo que priorizou o relato sobre o acidente. Tinha muita dificuldade em manter uma linha de raciocínio. Durante o tempo que conversamos, procurei ajudá-lo a organizar os próprios pensamentos, uma vez que se via mergulhado em idéias desordenadas que se esforçava por compreender e comunicar. Robson pediu ajuda e disse que retornaria para uma nova sessão. Não retornou, embora tivesse continuado a reabilitação. Tentei agendar outras consultas, porém não compareceu.

Robson, 25 anos, teve amputação da perna esquerda em decorrência de atropelamento por um trem. Os pais são separados e ele morava com a mãe, quatro irmãos mais velhos e cinco sobrinhos.

Em nenhum momento, Robson conseguiu estabelecer contato visual, falava de maneira confusa, entrecortada e muito lentamente, parecendo fazer um grande esforço para conseguir apreender seus pensamentos e transformá-los em palavras.

Contou que no dia do acidente estava com a “mente confusa”, pensava que o trabalho não estava bom para ele: “Não tava bom e eu tinha que resolver... tava pensando em outra coisa”. Estava andando pela rua e em uma estação de trem tentou pular a cerca, mas um guarda o impediu; então continuou andando por várias estações até que em uma delas foi atravessar a linha do trem e foi atropelado. Teve a perna amputada na hora. Esse relato, em termos de seqüência temporal de fatos, foi organizado à medida que ele ia falando e eu lhe perguntava algumas coisas, com o intuito inicial de compreender o que lhe havia acontecido.

O trabalho a que se referia era na limpeza de um edifício; já havia trabalhado como auxiliar de pedreiro e se dava melhor nessa função, não gostava de trabalhar no edifício. Havia outra coisa que o perturbava que era o barulho das crianças (os sobrinhos) em sua casa: “Fico muito nervoso porque eles começam a brincar, aí brigam e fazem barulho. Fico perturbado, aí saio de casa pra não fazer uma besteira, fico com medo de machucar minha família”.

Fumava maconha desde os dezessete anos: “Desde que comecei a fumar, a minha mente fica fraca... às vezes fico confuso”. Tem um irmão que ficou preso quatro anos por tráfico, mas não andava muito com o irmão porque achava muito barra pesada para ele. Quando sentia que não estava bem, que estava fumando demais ou arrumando briga com os amigos, procurava um emprego como pedreiro, trabalhava um tempo e depois

voltava a ficar só fumando: “Os meus amigos estão todos presos, a maioria por assalto a mão armada. Se eu não tivesse perdido a perna estaria preso também”.

“Confusão” e “nervosismo” eram as palavras que mais utilizava para se descrever, para tentar dizer daquilo que sentia e que não tinha outro nome, não tinha forma, era como alguma coisa que lhe fosse própria, mas não lhe pertencesse; como se viesse de fora e tomasse conta dele.

Havia parado de fumar e se sentia melhor: “Antes eu via maldade na família, eles davam conselho pra mudar de vida e eu via maldade no conselho. Você olha e pensa que eles estão contra você, mas eles não estão”.

Sobre ter perdido a perna não havia muito a dizer. Contou que tinha uma tatuagem na perna amputada, era o desenho do rosto de uma mulher. Perguntei por que escolhera essa figura, se era uma mulher que tinha algum significado e me disse que era só o rosto de uma mulher, uma desconhecida. Contou que não gostava da tatuagem e que vivia tentando arrancar: “já tinha tentado de todo jeito, já joguei leite quente para queimar, mas nada deu certo”. Não que com isso quisesse me dizer que perder a perna era uma forma de se livrar da tatuagem, penso que estava mostrando a desconexão existente entre “ele” e “a perna”. Não era só a sua fala que estava desorganizada e desconexa. Robson estava todo cindido e sentia que não conseguia fazer parte de lugar nenhum, nem de sua família, nem de si mesmo: “Parece que todo mundo está seguindo um caminho e você é o único que está em outro”.

Discussão

Certamente não é possível fazer afirmações categóricas a respeito do desenvolvimento emocional de Robson, considerando que foi realizada uma única entrevista; porém, por meio de alguns pontos levantados nesse contato, podemos refletir

e considerar hipóteses acerca de falhas significativas nas tarefas iniciais do amadurecimento: integração, personalização e contato com a realidade.

Se pensarmos em termos de tempo e espaço, Robson tem muita dificuldade em se perceber como alguém que tem uma história, com sua vida tendo uma continuidade ao longo do tempo, a partir de suas próprias vivências. Ele oscila entre relacionar-se com a realidade como objeto subjetivo e perceber indícios de que existe uma realidade externa a ele, como quando falou que sua família lhe dava conselhos, mas ele “via maldade no conselho”. Naquele momento Robson tentava fazer uma diferenciação entre aquilo que era próprio seu; sua realidade subjetiva - “Você olha e pensa que eles estão contra você” - e aquilo que era externo a ele - “eles não estão contra”. A importância dessa reflexão não reside em descobrir se alguém estava contra ele ou não, mas no esforço para separar realidade e fantasia e se relacionar com o mundo objetivamente percebido; o que nos dá indícios de que este aspecto não estaria firmemente constituído em Robson, sendo que é possível que a sua relação com o mundo seja fortemente vivida de forma subjetivamente concebida.

Quando contou do acidente sofrido, Robson apresentou fragmentos desordenados; assim, as peças que compunham o quebra-cabeça poderiam ser descritas como: 1. um emprego no qual não estava se sentindo bem; 2. pensamentos a respeito de como resolver o problema do emprego; 3. o barulho das crianças da casa onde mora; 4. a percepção de sentimentos de raiva / “nervosismo”; 5. a idéia de que poderia fazer mal a alguém em sua casa. Esses elementos apareciam em seu relato ora como uma seqüência de fatos, ora como pensamentos/idéias isoladas. A minha intervenção, perguntando-lhe coisas concretas - de onde vinha quando andava pela linha do trem, para onde estava indo, qual era o seu emprego, em que horário trabalhava, há quanto tempo trabalhava nesse emprego, quem eram as crianças que moravam em sua casa, etc - serviu, naquele

momento, como um auxílio externo para descrever o acontecimento “ser atropelado por um trem e perder a perna”, como um fragmento de sua história inscrita em uma dimensão de tempo-espaço.

Num estágio primeiro, antes de a criança começar a operar como uma unidade, as relações objetais têm a natureza de uma união de parte com parte. Em qualquer estágio de que se trate, constata-se um grau extremo de variabilidade no que toca à existência de um self total capaz de viver experiências e reter a memória destas. (Winnicott, 1958j, p.15)

A amputação da perna parece uma questão ainda não registrada, dimensionada, vivida por Robson. O que ele traz como angústia ainda não tem forma; daí a constante referência ao sentimento de confusão diante da vida e do outro. Para que houvesse a experiência da perda de uma parte do corpo, seria necessário que houvesse a percepção de um corpo próprio, personalizado. No caso de Robson, essa personalização aparece de forma bastante precária.

Winnicott (1969g) afirma que a psique e o soma não se iniciam como uma unidade. Eles se tornam uma unidade à medida que se dá o desenvolvimento, sustentado por condições ambientais que facilitem a realização da tendência ao amadurecimento.

Exemplificando, quando uma mãe, através da identificação com seu bebê (isto é, por saber o que o bebê está sentindo), é capaz de sustentá-lo de maneira natural, o bebê não tem de saber que é constituído de uma coleção de partes separadas. O bebê é uma barriga unida a um dorso, tem membros soltos e, particularmente, uma cabeça solta: todas essas partes são reunidas pela mãe que segura a criança e, em suas mãos, elas se tornam uma só (Winnicott, 1969g, p.432)

Quando Robson contou da tatuagem que tinha em sua perna, de seu incômodo com a figura desenhada que não ficara como ele gostaria e de suas tentativas de apagá-

la, a perna aparece como fundo. O que surge como destaque é um desenho que precisava ser apagado. Robson não vive um incômodo em seu corpo, é como se estivesse olhando um quadro pendurado à sua frente, cuja imagem não consegue eliminar. Nesse sentido é como se a perna estivesse descolada, como se não fizesse parte de si mesmo. A ação realizada para apagar o desenho, qualquer que seja ela, não é percebida como uma ação que incide também sobre a sua perna, seu corpo, ele mesmo.

Da mesma forma, o acidente sofrido nos trilhos do trem poderia ter a mesma conotação. Se olharmos para Robson como uma pessoa em quem prevalece uma cisão psicossomática, não é possível saber ao certo se ao andar nos trilhos do trem, ele tinha a percepção de estar exposto a um acidente que colocava em risco a sua vida. Ou, se a exemplo da tatuagem, o corpo (e não só a perna) não era percebido como parte de si mesmo, exposto ao risco de ser ferido ou morto. O que parece é que Robson não conseguiu se estabelecer como uma unidade, a partir da qual é possível estabelecer a existência de um exterior e um interior.

Gradualmente, os aspectos psíquico e somático do indivíduo em crescimento tornam-se envolvidos num processo de mútuo inter-relacionamento. Essa interação da psique com o soma constitui uma fase precoce do desenvolvimento individual. Num estágio posterior o corpo vivo, com seus limites e com um interior e um exterior, *é sentido pelo indivíduo* como formando o cerne do eu imaginário. (Winnicott, 1954a, p.334)

Assim, a perda da perna poderia ser considerada uma consequência da precariedade na constituição do si mesmo de Robson; possivelmente a partir de uma falha em tornar o corpo, soma. Considerando, como aponta Dias (2003), que soma é o corpo vivo, personalizado à medida que vai sendo elaborado imaginativamente pela psique.

5.4 Edson

Edson, 43 anos, sofreu um acidente de moto, ficou onze dias internado e teve uma perna amputada. Trabalhava como policial; casado desde os vinte anos, tem dois filhos, um rapaz de vinte e dois anos e uma menina de oito.

Edson foi encaminhado para a entrevista psicológica sem nenhuma queixa específica, nem sua nem da equipe que o acompanhava. Aparentemente estava tudo bem, ele iniciara as sessões de fisioterapia, era “colaborativo” e não demonstrava nenhuma dificuldade que chamasse a atenção dos profissionais. Portanto, o seu encaminhamento era “de rotina”. Nesse sentido, foi diferente de Luis, de Marcelo e de Robson, que, além da “rotina”, levantaram inquietações de diferentes tipos na equipe de reabilitação. Luis pela postura agressiva e desafiadora; Marcelo, que apesar de seus esforços, transparecia sua dificuldade em se ver sem a perna; e Robson, visivelmente desorganizado e confuso. Edson mantinha-se dentro do esperado, demonstrava aquilo que poderia se considerar adequado: comparecia regularmente às sessões de fisioterapia, realizava os exercícios que lhe eram propostos e mostrava-se otimista com relação ao futuro, afirmando que teria uma vida satisfatória com o uso da prótese.

E foi a partir dessa idéia de adequação que ele se apresentou. Acompanhei Edson durante um mês, em sessões semanais consecutivas, totalizando quatro sessões. Após esse período, deixou de ir ao hospital, enquanto aguardava a confecção de sua prótese. Três meses depois, encontrei-o no hospital, já realizando o treinamento com prótese, e o chamei para uma sessão. Aceitou prontamente e disse que ia mesmo me procurar. Quando entrou na sala, perguntou se eu queria falar com ele. Falei que queria conversar com ele, saber como estava, como havia sido o tempo em que ficou em casa esperando a prótese e como estava agora, treinando o seu uso. Edson pareceu surpreso e respondeu que ficava contente que alguém quisesse saber como ele estava. Naquele momento não

me pareceu que sua surpresa estivesse relacionada ao fato de alguém se interessar por ele, como se isso fosse uma novidade em sua vida. O que me ocorreu foi que, em minha fala, havia um registro de que várias coisas haviam acontecido em sua vida: o tempo sem tratamento, a espera pela prótese, a experiência de voltar a andar, o uso da prótese como uma experiência real, após algum tempo somente imaginando como seria. Além disso, com a minha pergunta eu chamava a sua atenção para a possibilidade de sentir coisas e viver experiências de forma pessoal e própria, na medida em que lhe perguntava como ele estava diante do que estava vivendo. É possível que sua surpresa estivesse relacionada a essa possibilidade de personalização da experiência.

Compareceu mais uma vez e, logo em seguida, teve alta da reabilitação.

Durante esses encontros pouco pude conhecer de Edson. A maior parte do tempo percebia que ele dizia e procurava fazer aquilo que considerava que deveria ser feito. Sempre afirmava que estava tudo bem com ele e que colaboraria com tudo o que fosse necessário, inclusive comigo. Colaborar, nesse caso, significava fazer e dizer aquilo que fosse correto, adequado, aprovado. Era como se para ele aquele não fosse um espaço onde pudesse de fato ser ele mesmo. Edson evitava falar de assuntos pessoais. Contou um pouco de suas origens, sua família, mas somente o necessário para responder a alguma pergunta ou contextualizar alguma história que estivesse contando. Nasceu no interior de São Paulo, onde morou até os doze anos, trabalhando na roça. Depois a família saiu de São Paulo, para morar no sul, em uma localidade que não tinha nenhum recurso em termos de assistência médica; sua mãe faleceu em decorrência de complicações de parto dois anos após mudarem-se para esse local. Dois meses depois, seu pai casou-se novamente, sendo que o convívio com a madrasta era muito ruim. O seu relato era distanciado, como quem conta uma história que não lhe pertence, que não viveu.

As sessões eram preenchidas com histórias que comprovavam o seu bom desempenho como policial. Contou-me, com riqueza de detalhes, várias perseguições que havia feito, nas quais conseguia prender os bandidos, apesar de todas as dificuldades do percurso. Em alguns momentos eu entendia que Edson precisava recuperar a sua potência, supostamente perdida juntamente com a perna; em outros pensava que ele necessitava reviver a sua história como policial como forma de resgatar, internamente, um lugar de valorização e importância. Frequentemente me sentia como se estivesse diante de um personagem, por ele criado, para me impressionar. Ao mesmo tempo, à medida que contava diversas histórias de sua atuação na polícia, apareciam pequenos detalhes de condutas ilegais, de atitudes que poderiam ser criticadas. Edson se justificava, ainda que eu não o criticasse ou questionasse. Um dia contou que havia sido baleado quando estava fazendo bico como segurança. Apareceu um rapaz que queria roubar a sua arma: “aí a gente lutou e acabei levando sete tiros (mostra as marcas). Tinha uma bala ainda na minha perna que eles acharam quando amputei. Ela ficou lá, como não estava atrapalhando, ninguém mexeu nela”. Em outra sessão falava que queria se aposentar e tinha certeza que daria certo porque conhecia uma excelente advogada que já ganhara uma causa para ele na época em que respondia a processo na corporação. Perguntei sobre esse processo e Edson ficou sem jeito, parecia que não tinha intenção de falar sobre esse assunto. Explicou que o processo era porque quando fora baleado, estava usando a arma da corporação no bico que fazia como segurança, o que era proibido. Disse que na polícia era assim mesmo, todos acabavam fazendo isso e um ajudava o outro.

Uma das histórias foi sobre uma perseguição que fizera em um dia de folga: ele estava à paisana, mas viu uma moça pedindo ajuda porque haviam roubado sua bolsa. Quando conseguiu pegar o assaltante e levar até o posto policial a moça não quis ir à

delegacia prestar queixa e reconhecer o assaltante. Ele ficou preocupado e pediu para o colega: “Antes de liberar o cara aplica um corretivo nele, dá uns tapas na orelha, para depois não abusar quando eu tiver trabalhando”. Ao mesmo tempo, sempre que contava uma história de perseguição e prisão que havia feito, afirmava que era contra bater em bandido: “Aí depois o cara sangra até morrer e ninguém é o responsável, eu não gosto disso, eu saio de perto”.

Para Edson, ele nascera para ser policial e se dera muito bem nesse trabalho por ser muito atento: “Eu tô aqui conversando com você, mas estou de olho em tudo o que acontece em volta, eu tô filmando tudo. Uma vez eu vi um colega na moto e passei por ele e ele nem me viu. Aí que é perigoso, e se eu fosse um bandido? Eu sou muito ligado no que está acontecendo”. A esposa fala que ele é chato, mas ele não concorda: “É que eu gosto das coisas certinhas. Se a luz está acesa e não tem ninguém no lugar eu falo para apagar. É que eu sou muito ligado nessas coisas e meio desconfiado também”. Acha bom ser desconfiado porque isso o protege. Perguntei se não sente falta de descansar, poder relaxar e confiar. Ele respondeu: “Isso eu queria, um lugar para descansar e não me preocupar, mas eu sempre fui muito desconfiado. No começo, quando comecei a trabalhar como policial eu tinha medo. No primeiro dia que eu vesti a farda e subi na moto, eu tremia, porque eu pensei: quanta gente morrendo na rua, tendo ataque epilético e as pessoas cobram da gente, elas esperam que a gente vá lá e resolva. Mas depois tomei gosto, eu gostava do trabalho, de andar armado, me sentia mais seguro, tanto que sinto falta de trabalhar na rua”.

Em seguida à menção da amputação como ocasionando uma perda da qual ele se ressentia e à fala a respeito da falta que sentia de alguma coisa, Edson acrescentou que ficar em casa era melhor, porque se sentia mais seguro: “Em casa não tem perigo de acontecer nada”. Indiretamente, Edson apontava para sua angústia diante daquilo que

supunha que se esperava dele e de seus esforços para corresponder, ao mesmo tempo em que explicitava uma necessidade de se proteger que o colocava em estado de alerta constante.

Contou que tivera vários acidentes, já fora baleado, caíra duas vezes da moto e uma vez de uma árvore. Em um dos acidentes caiu da moto com o filho: “Eu só tive uns arranhões, mas ele ficou com um furo na perna, só melhorou porque paguei médico particular. No hospital só tinham costurado a perna dele e já estava ficando com infecção. Aí fui procurar médico e me pediram cinco mil para cuidar dele, depois acabei encontrando um médico que me fez por dois mil. Hoje você olha a perna dele e quase não tem nada”.

Sobre o acidente que ocasionou a amputação, contou que estava indo para o trabalho de moto e um ônibus de turismo fez uma conversão proibida e ficou atravessado na avenida onde Edson trafegava. Ele tentou breicar, mas não conseguiu, a moto derrapou e foi jogado debaixo do ônibus. Quando acordou no hospital, já estava amputado: “Eu estou bem, é só não pensar no que aconteceu que eu fico bem. Eu não penso, porque se eu pensar eu fico triste. Por isso estou bem, porque não penso, não vai adiantar”. A cada novo encontro, Edson reafirmava que estava “tudo bem”, “cada vez melhor”, “cada dia melhor”, “melhorando bastante”; colocava em prática a sua teoria de que se afirmasse que estava tudo bem e não pensasse em nada, tudo ficaria realmente bem. De qualquer forma, estava dito que havia algo sobre o qual não se podia pensar, não se podia entrar em contato; havia algo que tinha que ficar fora de sua história, de sua vivência. No dia em que contou sobre o acidente também falou a respeito de uma moça, atropelada na mesma época que ele, que também perdeu a perna na hora, mas fora levada para o hospital das Clínicas para fazer reimplante da perna: “Eu vi a notícia na televisão, não sei como ficou no final das contas, acho que deve ter dado certo, aí eu

penso que se tivesse vindo para cá talvez tivesse dado certo comigo também, mas agora já foi; eles fizeram o que deu pra fazer. Os médicos falaram que a minha recuperação foi muito rápida, eles se surpreenderam”.

Assim, Edson ia comunicando, muito sutilmente, as coisas que sentia, mas não conseguia expressar como próprias. Quando falou da moça podemos pensar que expressava a dor por não poder voltar no tempo e recuperar a perna perdida e a frustração por não ter sido ele a ter a perna reimplantada. Também poderia haver ambigüidade com relação aos médicos - cuidaram dele, mas não lhe salvaram a perna. Não é possível saber ao certo sobre a angústia que estava presente nele, porque quando aparecia, ainda que de forma velada, era logo circunscrita em uma fala racional e impessoal como: “eles (os médicos) fizeram o que deu pra fazer”, que colocava em segundo plano a maneira pessoal de Edson de sentir e viver a sua perda.

Havia um único incômodo que aparecia com relação à amputação e, para Edson, era decorrente da forma como os policiais “da ativa” olham para as pessoas que sofreram acidentes com seqüelas como a sua. A maior preocupação que ele mencionava dizia respeito à possibilidade de se aposentar, pois não queria ser readaptado fazendo trabalho de escritório dentro da corporação: “Estou ótimo, estou bem mesmo, só não quero trabalhar, quero aposentar, porque o pessoal tem preconceito com os readaptados, o pessoal não olha do mesmo jeito, olha, assim, com desprezo e isso eu não quero”. Para Edson, “o pessoal” acha que os readaptados não trabalham direito e também têm pena: “Agora quando passo no quartel, vem um trazer cafezinho, eu falo: ‘Não quero café não, tomei café em casa, comi dois pães, tô satisfeito’. Ou então vem com aguinha. Se eu não tivesse assim não tinha nada disso. Então é pena. Isso eu não quero”.

Porém essa também era uma questão externa, ele não se incluía nesse “pessoal” que olhava de maneira tão negativa para as limitações, imperfeições e dificuldades que

se tornavam aparentes em uma situação de seqüelas físicas que impediam o exercício da atividade de policial nos moldes mais tradicionais e socialmente estabelecidos: “Eu mesmo nunca tive preconceito com os readaptados, por isso eu não senti tanto quando perdi a perna, porque pra mim, com perna ou sem perna é tudo a mesma coisa, é ser humano igual”.

Edson se relacionou comigo, como não podia deixar de ser, a partir de seu repertório relacional: ele se defende do outro, se mostrando como supõe que o outro quer vê-lo. Diante de mim ele tinha que se mostrar correto e adequado, para isso deveria ser e me dizer o que imaginava que eu julgaria correto e adequado. Eu era a psicóloga do grupo, com quem ele tinha que conversar, porque assim era a rotina que estava estabelecida. E ele agia como um menino bem-comportado que necessita mostrar que assim é, não permitindo que aparecesse nada seu que pudesse ser questionado ou criticado. Como ele mesmo me avisou, estar na sala não significava estar comigo. Ao mesmo tempo em que conversava comigo, estava atento a tudo o que ocorria ao seu redor, inclusive o efeito que aquilo que ia me contando tinha sobre mim. As histórias de mocinho e bandido ocuparam quase que a totalidade do tempo em que estava comigo, como um esforço para desviar a nossa atenção, a minha e a dele, daquilo que estava se passando internamente com ele. Em sua forma de se colocar não havia dor, angústia ou sofrimento pela perda da perna. Nada mudara; “somente” queria se aposentar, abrir seu próprio negócio e continuar sua vida. Para ele, pensar dessa forma era a garantia de não sofrer nem entristecer.

Discussão

Edson, diferentemente dos outros pacientes, pouco falou a respeito de sua vida antes do acidente, seja em termos de sua infância e história de vida, como Luis; ou no que dizia respeito ao seu jeito de ser e de lidar com as dificuldades, como Marcelo; ou ainda sobre seus sentimentos diante da vida e seus conflitos, como Robson. Ele se dizia desconfiado e sempre em estado de alerta e foi nesses termos que se apresentou e se relacionou comigo.

Assim, talvez a compreensão mais fidedigna que possamos ter a respeito de Edson é a de sua ausência. Havia entre mim e ele uma imagem ancorada no aspecto profissional de sua existência: o policial. Como num filme, ele contou os seus feitos, mas não falou de si mesmo; pouco deixou transparecer.

Havia, entretanto alguns sinais de sofrimento: a impossibilidade de continuar exercendo a sua função, a recusa em trabalhar readaptado, a própria perda da perna. Porém a cada menção de alguma dessas dificuldades, que geram angústia, segue-se alguma racionalização, numa tentativa de controlar e eliminar o sofrimento da vivência.

Para Winnicott (1988), o funcionamento intelectual é uma função específica da psique: “Existem o soma e a psique. Existe também um inter-relacionamento de complexidade crescente entre um e outra, e uma organização deste relacionamento proveniente daquilo que chamamos mente” (p.29). Na saúde, a psique vai ancorando-se ao soma, existindo uma inter-relação de complexidade crescente entre eles, em direção à integração. À medida que a adaptação do ambiente não é total, como no início do desenvolvimento, começam a operar o funcionamento mental e os processos intelectuais como uma consequência do amadurecimento psicossomático.

No início há o soma, e então a psique, que na saúde vai gradualmente ancorando-se ao soma. Cedo ou tarde

aparece um terceiro fenômeno, chamado intelecto ou mente (...) de início o ambiente deve proporcionar 100% de adaptação à necessidade, pois de outra forma o estado do ser é interrompido pela reação à intrusão. Em breve, porém a desadaptação total já não é necessária, e uma desadaptação gradual se revela muito útil (além de ser inevitável). O intelecto começa a explicar, admitir e antecipar a desadaptação (até certo ponto), transformando assim a desadaptação novamente em adaptação total. As experiências são catalogadas, classificadas e relacionadas a um fator tempo. Muito antes de o pensamento se transformar em uma característica, possivelmente necessitando de palavras para se realizar, o intelecto já tem uma tarefa a cumprir. (Winnicott, 1988, p.161)

Dessa forma, o uso das funções mentais inicia-se e desenvolve-se ao longo do amadurecimento como uma função da psique que auxilia no contato com a realidade e com a elaboração das vivências. No caso de Edson, porém, parece que a intelectualização das vivências ocorre de tal forma que mantém os acontecimentos vividos longe do âmbito da experiência pessoal. Como Winnicott aponta (1988), a mente, em alguns casos, opera como forma de defesa do self, dominando o psico-soma em vez de ser uma função específica do mesmo. O resultado desse arranjo pode ser visto na forma como Edson lida com a amputação. Para ele mesmo e para a maioria dos profissionais que o acompanhavam (médico e fisioterapeutas), tudo parecia muito bem resolvido e elaborado. Olhando mais atentamente, porém, é possível perceber o quanto de esvaziamento existia nessa maneira de viver a perda da perna e a própria reabilitação.

Há, ainda, outro ponto importante para se refletir sobre a história de Edson, que é a sua necessidade de adequação que transparecia no contato comigo. Em alguns momentos aparecia como um discurso dentro do esperado. Por exemplo: quando falava que era contra “bater em bandido”, ao mesmo tempo em que contava uma situação na qual pedia ao colega para “dar um corretivo” em um assaltante, podemos pensar que nesse caso se trata mais de simulação do que de submissão. Ou seja, Edson não assume

claramente a sua posição, qualquer que seja ela, com relação ao comportamento de policiais quando prendem pessoas; ele eventualmente pode agir de determinada maneira (e não diz qual é), mas sempre afirma que é contra, porque isso é o “correto”. Ainda que consideremos que esse exemplo trata de uma questão legal (bater em bandidos não é somente proibido moral, mas também legalmente); também devemos considerar que se trata de um contexto psicoterapêutico, portanto sigiloso. O que nos remete para a questão da confiança e da possibilidade de Edson se mostrar, como ele é, para alguém.

Em outros momentos, mais do que no discurso aparecia a “submissão” no sentido de uma impossibilidade de ser ele mesmo. Como exemplo, podemos pensar na sua aceitação em continuar os atendimentos, sendo que comparecia formalmente, mas não parecia sentir aquele espaço como realmente significativo para ele. Nesse caso, não era só uma questão de se esconder, falando uma coisa e fazendo outra, mas um movimento de realizar, de fato, a expectativa que percebia em alguém.

Penso que Edson estruturou uma defesa do tipo falso self, não sendo possível identificar em que momento do seu desenvolvimento esse movimento se iniciou. Mello Filho (2001) aponta a necessidade das pessoas com predominância de defesa do tipo falso self de esconder e negar a sua realidade interna, na medida em que a perda ou o abandono, ainda que parcial, do falso self, desperta temores de perda de limites, desintegração, aniquilação.

Assim, a vivência de irrealidade também decorre do fato desses indivíduos experimentarem sentimentos e impulsos não condizentes com a idealização mental estruturada e mantida à custa de uma inibição mais ou menos rígida de sua espontaneidade e criatividade.

A mente é a principal morada do falso self, disse-nos muitas vezes Winnicott, contrastando-o com o verdadeiro

self, relacionado aos processos fisiológicos básicos, principalmente ao funcionamento do coração e à respiração. Assim, a intelectualização é uma das expressões mais frequentes de indivíduos falso self, que pretendem, com uma hipertrofia de seus aspectos intelectuais, encobrir tudo aquilo que é mais genuinamente humano, instintivo, vital. (Mello Filho, J. 2001, p.151)

Winnicott postula diversos níveis de falso self, considerando desde uma atitude social, não-patológica, no sentido da renúncia à onipotência e garantia do convívio social, no extremo da normalidade, até o falso self que se implanta como real, em total submissão, onde o self verdadeiro permanece oculto, o que implica a ausência do que poderíamos chamar de gesto espontâneo. No grau extremo existe um sentimento de vazio, de que a vida não vale a pena, que não há razão para viver; nos graus menos extremos Winnicott (1988) aponta para uma organização secundária cindida, ou seja, uma possível regressão diante de dificuldades encontradas num estágio posterior do desenvolvimento, o que nos faria supor algum grau de sucesso na estruturação inicial primitiva.

É essa diferenciação que não é possível realizar com relação a Edson; ou seja, não podemos afirmar que a perda de uma parte do corpo ocasionou a necessidade de estruturar uma defesa em termos de falso self; porém é possível identificar a existência de uma cisão, na qual a perda da perna não é abarcada e integrada como experiência do si mesmo.

5.5 Síntese dos casos clínicos

Há três pontos principais que podemos destacar para articular os casos apresentados e ampliar a reflexão a respeito da questão principal que norteia este trabalho, que diz respeito ao impacto de uma perda física no desenvolvimento emocional de uma pessoa. O primeiro desses pontos refere-se à compreensão da constituição da

pessoa que sofreu uma perda física, ou seja, a maturidade emocional conquistada por cada indivíduo ao longo de seu desenvolvimento, anteriormente ao momento do acidente e da amputação. É possível perceber claramente que os quatro indivíduos, que fazem parte deste estudo, se encontravam em diferentes condições de amadurecimento emocional; tendo como aspecto em comum a presença de dificuldades para se constituírem como pessoas integradas.

Naturalmente, os entraves no desenvolvimento de cada um deles são de ordens diferentes, o que implica dificuldades também diversas. No caso de Luís e de Rogério, por exemplo, apontamos as questões relativas ao concernimento e no de Robson apareceram explicitamente falhas em termos de momentos mais precoces do desenvolvimento, traduzidas no sentimento de indefinição e confusão sobre si mesmo. Assim, é importante perceber que ter uma parte do corpo amputada não coloca todos os indivíduos em uma condição de equivalência psíquica. Cada um deles se mostrou, se relacionou e reagiu a uma mesma perda de condição física, de acordo com as suas possibilidades e condições emocionais, anteriores à amputação.

Isso nos leva para o segundo ponto a destacar, que é a percepção, advinda da análise desses casos, que a amputação pode ser vivida por cada um deles como uma conseqüência de sua organização psíquica anterior ao acontecimento em questão e sua reação a esta depende das condições de amadurecimento de cada pessoa. Isso é importante porque olhando sob esse ponto de vista podemos compreender porque tanto para Luís, quanto para Robson, a amputação não traz, de imediato, nenhuma mudança significativa em termos de continuidade do desenvolvimento emocional.

É justamente na dinâmica desses dois indivíduos que os acidentes que levaram à amputação aparecem mais como conseqüência do que como causa de uma perturbação psíquica. Ou seja, são os acidentes propriamente ditos, mais particularmente o fato

desses indivíduos se colocarem em situações de risco para sua integridade corporal, que podem ser considerados reflexo de uma imaturidade em termos de desenvolvimento emocional. A amputação, portanto, entra como parte dessa dinâmica. Porém, ao mesmo tempo em que a perda da perna não traz transformações psíquicas imediatas, esses indivíduos passaram a vivenciar sucessivas mudanças em decorrência da perda sofrida, o que traz novas oportunidades de retomada do desenvolvimento emocional. Isso remete para a importância da reabilitação, como uma dessas oportunidades. Particularmente no caso de Luís, podemos pensar que o seu vínculo comigo, seu envolvimento com a psicoterapia - ao longo de alguns meses, comparecendo às sessões apesar de sua dificuldade de locomoção e independentemente das sessões de fisioterapia - e o trabalho que realizamos nesse tempo pode vir a ser um facilitador para seu amadurecimento.

No caso de Rogério e Edson, a perda da perna traz em si uma condição de mudança em termos de dinâmica psíquica. Isso porque existia uma situação anterior, na qual cada um deles identificava uma situação de risco, emocionalmente falando, ou vivia uma percepção de fragilidade que era evitada por meio de uma organização defensiva baseada, no caso de Rogério, em uma constante atividade - aquilo que ele identificava com a fala “não parar, para não pensar”. E Edson apontava para a necessidade de uma atenção exacerbada para se proteger dos perigos existentes no mundo externo, embora não conseguisse nomear quais eram esses perigos. A amputação, nesse contexto, os colocou em uma situação de confronto diante de algo que era evitado, por ser assustador. Uma vez que não foi possível manter determinado tipo de defesa, ocorreu a polarização para outro tipo, se entendermos, por exemplo, a depressão que Rogério vive como patológica e defensiva. No caso de Edson, também há uma estruturação defensiva, embora não seja possível ter claro se ela existia da mesma maneira anteriormente, mas

poderíamos pensar em uma exacerbação do falso self. O que acontece é que, na prática, a perda da perna dificulta a manutenção da defesa conforme estava estruturada.

Assim parece existir um ponto em comum nesses casos: a amputação permanece como um evento não experienciado por estes indivíduos. E este é o terceiro ponto importante a ser considerado. Em todos os indivíduos é possível identificar uma dificuldade na elaboração da mudança ocorrida no corpo de cada um. Luís, que coloca a amputação como apenas mais uma evidência de que tudo dá errado em sua vida e que não pode contar com ninguém; Edson que busca, por meio do controle racional, manter a vivência da perda afastada de si mesmo; Robson, que pouco se apercebe do impacto e das conseqüências em seu próprio corpo decorrentes da perda sofrida; ou ainda Rogério, que sente seu mundo desmoronar e sua vida perder o sentido ao perder a perna.

Em se tratando dos indivíduos aqui apresentados é possível pensar em algum grau de dissociação, no qual a pessoa não reconhece como sua a vivência de ter uma perda no corpo, ou seja, não subjetiva a perda, não se apropria de seu corpo como diferente do que era. No caso de Luís, Edson e Robson, poderíamos pensar no uso predominante de defesa maníaca, na qual o sofrimento é retirado da experiência individual, ao mesmo tempo em que ocorre a exacerbação do funcionamento mental (racionalização). Para Winnicott, faz parte da defesa maníaca o “emprego de praticamente todos os opostos na tentativa de assegurar-se contra a morte, o caos, o mistério etc., idéias que pertencem ao *conteúdo fantástico* da posição depressiva (Winnicott, 1958k, p.203- grifo do autor)”. A defesa maníaca se manifesta de várias maneiras, entre elas, a negação da realidade interna, a incapacidade do indivíduo de aceitar o significado do mundo interno, negação da vivência de depressão.

O termo ‘defesa maníaca’ pretende indicar a capacidade de alguém de negar a ansiedade depressiva inerente ao desenvolvimento emocional, ansiedade que pertence à

capacidade pessoal de sentir culpa, e também de assumir a responsabilidade pelas experiências instintivas, inclusive pela agressividade que acompanha tais experiências.
(Winnicott, 1958k, p.217)

No caso de Rogério, também é possível entender que existe algum grau de dissociação, polarizada como depressão. Ele vive a perda de uma parte do corpo como um aniquilamento de si. Não consegue apropriar-se do corpo amputado como seu, não se reconhece. Uma hipótese a ser considerada seria estarmos diante de um quadro de depressão patológica, desencadeada por uma perda concreta, diante da qual o indivíduo não encontra possibilidade de reparação.

O que é importante perceber é que o acontecimento de ter perdido uma perna não é transformado na experiência de mudança no corpo, não é transformado em vivência - o que gera um empobrecimento ainda mais acentuado na integração psíquica e não favorece a continuidade do amadurecimento pessoal. Os empecilhos para a integração e a manutenção do estado de unidade trazem prejuízos significativos ao indivíduo em seu desenvolvimento e em suas possibilidades de relacionamento; considerando que “a integração significa responsabilidade, ao mesmo tempo que consciência, um conjunto de memórias, e a junção do passado, presente e futuro dentro de um relacionamento” (Winnicott, 1988, p.140).

Como aponta Safra (2005), a unidade corporal é conquistada: “por meio da e na presença do outro, surgindo paulatinamente um corpo psíquico: um corpo cujas funções foram elaboradas imaginativamente. Ocorre uma integração das diferentes experiências sensoriais: o macio, o duro, o quente, o frio e assim por diante” (Safra, 2005, p.79). Ainda segundo o autor, quando o desenvolvimento do self ocorre satisfatoriamente as experiências tornam-se enriquecedoras para o seu self e para a sua relação com o outro.

E, para Winnicott, o desenvolvimento do self ocorre satisfatoriamente quando alcança uma totalidade, baseada no processo de maturação:

São o self e a vida do self que, sozinhos, fazem sentido da ação ou do viver desde o ponto de vista do indivíduo que cresceu até ali e está continuando a crescer, da dependência e da imaturidade para a independência e a capacidade de identificar-se com objetos amorosos maduros, sem perda da identidade individual. (Winnicott, 1971d, p.210)

Bollas (1992) destaca dois aspectos fundamentais do verdadeiro self. Um deles diz respeito à questão do verdadeiro self como potencial herdado e o outro à importância da experiência como possibilidade de existência. Aqui, o que se quer frisar é o fato de que, em se tratando de um **potencial**, o verdadeiro self não tem forma ou significado a priori, não está estabelecido ao nascimento, no sentido que não é estático; ele “encontra sua expressão nos atos espontâneos” (Bollas, 1992, p.20).

A importância da experiência na constituição do verdadeiro self decorre justamente desse aspecto potencial apontado acima. É por meio da experiência, e necessariamente da experiência vivida na relação com um outro, que podemos entrar em contato com o verdadeiro self. Ou seja, é por meio da experiência que o potencial herdado ganha contorno e pode emergir. Daí o prejuízo para o desenvolvimento emocional dos indivíduos estudados, diante da dificuldade em realizar a elaboração imaginativa das funções corpóreas e integrar a perda de uma parte do corpo.

Dias (2003) afirma que a primeira tarefa da psique é a elaboração imaginativa das funções corpóreas; assim, o que é experienciado é personalizado pela elaboração imaginativa; num crescente de complexidade ao longo do processo de amadurecimento: “É esta operação que fornece sentido ao sentimento de si-mesmo e justifica a nossa percepção de que dentro daquele corpo existe um indivíduo” (Dias, 2003.p.106).

A psique começa como uma elaboração imaginativa das funções somáticas, tendo como sua tarefa mais importante a interligação das experiências passadas com as potencialidades, a consciência do momento presente e as expectativas para o futuro. É desta forma que o self passa a existir (Winnicott, 1988, p.37).

Winnicott aponta para a evolução, em termos de complexidade da elaboração imaginativa, e afirma que essa evolução pode não se dar integralmente, uma vez que ela ocorre como manifestação da tendência do ser humano para o amadurecimento e que essa tendência necessita de condições favoráveis para se desenvolver. Em termos esquemáticos, o autor coloca o seguinte percurso em relação ao desenvolvimento da elaboração imaginativa:

1. Simples elaboração da função;
2. Distinção entre: antecipação, experiência e memória;
3. Experiência em termos de memória da experiência;
4. Localização da fantasia dentro ou fora do self, com intercâmbios e constante enriquecimento entre ambos;
5. Construção de um mundo interno, ou pessoal, com um sentido de responsabilidade pelo que existe e ocorre lá dentro;
6. Separação entre consciência e inconsciente. (Winnicott, 1958j, p.10)

Dessa forma, ao mesmo tempo em que a elaboração da experiência enriquece e favorece o desenvolvimento do si mesmo, ao longo do próprio amadurecimento, vão se criando as condições para abarcar e elaborar, em níveis mais complexos, as vivências tanto internas, quanto as referentes às relações interpessoais. O que nos leva a pensar que a dificuldade na elaboração e integração da perda de uma parte do corpo faz parte dos entraves pessoais decorrentes dos níveis de imaturidade encontrados nos diversos indivíduos; isso em conjunção com a intensidade da perda propriamente dita, que acarreta mudanças concretas no corpo e na vida do indivíduo. Ou seja, o que se quer destacar aqui é que há uma conjunção de fatores a serem considerados quando se busca

compreender as conseqüências de uma perda física, e eles dizem respeito tanto ao potencial desestruturante da perda quanto às características da pessoa que a sofre. Assim, não é possível considerar a amputação como um fenômeno que traga implicações próprias, é necessário que se olhe para um todo que pode ser descrito como: aquele determinado indivíduo que teve o seu corpo mutilado.

A perda de uma parte do corpo ocasionou mudanças em todos os indivíduos que fizeram parte deste estudo. Mudou o corpo, a forma de se locomover, o trabalho, o sustento pessoal e familiar, o contato social. Porém a maneira por meio da qual cada um percebeu, significou e vivenciou essa perda e essas mudanças não foi equivalente nem determinada pela qualidade da perda.

Dito de outra forma, a perda de uma parte do corpo não direciona incondicionalmente o modo de um indivíduo estar no mundo, mas implica em alterações significativas em sua existência, o que remete à necessidade de reformulações em sua identidade para incluir essa nova dimensão de experiência. A dificuldade em realizar a elaboração imaginativa dessa perda, pode tornar a amputação um acontecimento não integrado na vida de uma pessoa, com conseqüências prejudiciais à sua saúde e ao seu desenvolvimento.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A articulação da teoria que embasou este trabalho com a análise e discussão do material clínico permite perceber que não é possível caracterizar uma clínica dos amputados. Isso porque o que temos são tantas clínicas quanto nos for possível conhecer os indivíduos amputados em seu processo de amadurecimento pessoal anteriormente à amputação. Assim, as conseqüências psíquicas de uma perda física serão aquelas que forem determinadas não pela perda em si, mas pelas condições que cada indivíduo tem de elaborar imaginativamente essa perda e transformá-la em vivência, experiência, história pessoal e interpessoal. Esse ponto reforça a importância do processo de amadurecimento emocional se realizar de maneira satisfatória para que cada indivíduo possa alcançar aquilo que Winnicott coloca como a integração em uma unidade, desenvolvendo uma relação de responsabilidade para com o ambiente e sendo capaz de se relacionar como pessoa inteira, com outras pessoas inteiras. E aqui fica uma questão a ser considerada e que não pôde ser abarcada neste estudo, que diz respeito a como se articularia esse acontecimento (amputação) em um indivíduo constituído como pessoa inteira. Poderíamos supor que, a partir de uma condição de saúde psíquica, talvez fosse possível vivenciar a perda de uma parte do corpo de modo diferente daquele aqui apresentado.

Por outro lado, temos que considerar que existe uma organização de todos os aspectos da vida de uma pessoa e que ela é pautada em suas possibilidades e em suas dificuldades em termos de amadurecimento. Assim, as mudanças concretas que ocorrem no trabalho e nas diversas atividades em função das limitações físicas decorrentes da falta de uma perna, por exemplo, são potencialmente desestruturantes. Isso porque podem abalar a organização defensiva estruturada pelo indivíduo. Da mesma forma, a

situação de maior necessidade de auxílio vivida por essas pessoas estreita a relação com o outro e pode gerar conflitos, se o indivíduo não está amadurecido o suficiente para que ocorra, de fato, uma relação interpessoal.

Esses pontos nos levam a concluir que, em termos de tratamento e daquilo que chamamos reabilitação, é de fundamental importância a realização de um diagnóstico apurado no sentido de compreender quais são os entraves existentes no desenvolvimento emocional daquela pessoa que sofreu uma amputação, pois é a partir desse diagnóstico que será possível também compreender quais são as condições que esse indivíduo dispõe para transformar a perda em experiência e qual é a sua necessidade em termos psicoterapêuticos. Também podemos concluir que a protetização, enquanto proposta assistencial única e excludente de outras intervenções, não traz contribuições significativas para a elaboração da perda de um membro, nem tampouco para a continuidade do processo de amadurecimento pessoal de um indivíduo amputado.

Este trabalho contribui com subsídios para estruturar programas de reabilitação mais adequados para estes indivíduos, uma vez que rompe com uma visão da amputação como um evento que provoca reações específicas nas pessoas – insegurança, sentimentos de impotência, baixa auto-estima, busca de ganhos secundários, dificuldade em aceitar a perda, vivência de luto – e que seriam essas conseqüências, ou sintomas, que deveriam ser “tratados”. A partir daquilo que foi apresentado é possível encontrar novos focos para a intervenção.

Nesse sentido, se pensarmos na importância da elaboração imaginativa para a integração da experiência e lembrarmos que esta se dá a partir das possibilidades do indivíduo em interação com o ambiente, podemos afirmar que a reabilitação pode se constituir como um processo que auxilie na elaboração imaginativa do corpo amputado; e podemos também dimensionar a importância da relação entre o paciente e os

profissionais que o atendem, concebendo a equipe de saúde como um ambiente facilitador, de acordo com a necessidade de cada paciente, para que a amputação não se constitua como um trauma no desenvolvimento.

Finalmente, parece que os caminhos do self, em sua integração com o corpo, não são delineados pelo tipo de acontecimento que surge na história do indivíduo, no caso uma amputação, mas pela possibilidade que cada pessoa encontra de elaborar imaginativamente as mudanças ocorridas no corpo e transformá-las em experiências do self.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A citação das obras de Winnicott segue a compilação elaborada pelo Prof. Dr. Knud Hjulmand, que utilizou como critério o ano da primeira publicação do artigo ou do livro do autor. No caso de artigo escrito em ano anterior ao de sua publicação, aparece indicada, entre colchetes, a data certa ou provável em que o artigo foi escrito. Os vários artigos publicados num mesmo ano são diferenciados por uma ou mais letras acrescentadas ao ano. A bibliografia feita pelo Prof. Dr. Knud Hjulmand foi reproduzida em *Natureza Humana* – Revista Internacional de Filosofia e Práticas Psicoterápicas, vol 1, n.2, 1999.

AMIRALIAN, M.L.T.M. Pesquisas com o método clínico. In: TRINCA, W.(org.) *Formas de investigação clínica em psicologia*. São Paulo: Vetor, 1997. p 157-178.

_____. A Clínica do amadurecimento e o atendimento às pessoas com deficiências. *Winnicott E-Prints*, Vol.2, n.1, 2003, p.1-15. (www.cle.unicamp.br/winnicott-e-prints)

ARAÚJO, C.A.S. O Ambiente em Winnicott. *Winnicott E-Prints*, Vol.4, n.1, 2005, p.35-49. (www.cle.unicamp.br/winnicott-e-prints)

ARMONY, R. S. Da relação de objeto ao uso de objeto um caso de ormb. Psicanálítica - a revista da SPRJ, v.IV, n.1, p.63-78, 2003.

Bollas, C. *Forças do Destino*. Psicanálise e Idioma Humano. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1992. 248p.

COSTA, J.F. *O vestígio e a aura. Corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Ed Garamond Universitária, 2004. 244p.

DIAS, E. O. Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica. *Natureza Humana – Revista Internacional de Filosofia e Práticas Psicoterápicas*, Vol 1, n. 2, p.283-322, 1999.

_____. *A teoria do Amadurecimento de D.W.Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2003. 339 p.

DOLTO, F. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1984.317p.

FULGENCIO, L. Notas sobre o abandono do conceito de pulsão na obra de Winnicott. *Winnicott E-Prints*, Vol.5, n.1, 2006, p.85-95. (www.cle.unicamp.br/winnicott-e-prints)

LINS, M. I. A. Agressividade e provisão ambiental. *Natureza Humana – Revista Internacional de Filosofia e Práticas Psicoterápicas*, Vol 2, n.1, p.49-69, 2000

LOPARIC, Z. O “animal humano”. *Natureza Humana – Revista Internacional de Filosofia e Práticas Psicoterápicas*, Vol 2, n.2, p.351-397, 2000.

_____. Elementos da teoria winnicottiana da sexualidade. *Humana – Revista Internacional de Filosofia e Práticas Psicoterápicas*, Vol 7, n.2, p.311-358, 2005.

_____. – De Freud a Winnicott: Aspectos de uma mudança paradigmática. *Winnicott E-Prints*, Vol.5, n.1, 2006, p.1-29. (www.cle.unicamp.br/winnicott-e-prints)

LUZ, R. O corpo desfeito por Francis Bacon. *Natureza Humana – Revista Internacional de Filosofia e Práticas Psicoterápicas* Vol 2, n. 2, p 301-328, 2000.

MELLO FILHO, J. *O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 364p.

MORAES, A.A.R.E. *A Contribuição Winnicottiana para a teoria e clínica da depressão*. 2005.320f. Tese. (Doutorado em Psicologia Clínica). PUC/SP, São Paulo, 2005.

_____.Depressão e a mudança de paradigma em Winnicott. *Winnicott E-Prints*, Vol.4, n.1, 2005, p.1-20. (www.cle.unicamp.br/winnicott-e-prints)

MORETTO, M.L.T. *O que pode um analista no hospital?.* São Paulo: Casa do psicólogo, 2001.218p.

OUTEIRAL, J.O. comentários sobre o conceito de psique-soma. In: Outeiral, J.O. & Graña, R.B. *Donald W. Winnicott estudos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p.124-28.

_____. O olhar e o espelho. In: Outeiral, J.; Hisada, S.; Gabriades, R. (org) *Winnicott Seminários Paulistas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.p.79-88.

SAFRA, G. O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica. In: SILVA, M.E.L (Coord.) *Investigação e Psicanálise*. Campinas. São Paulo: Papyrus, 1993.p.119-132.

_____. *A face estética do self*. Teoria e Clínica.aparecida, SP: Idéias & Letras: São Paulo: Unimarco Editora, 2005. 176p.

SANTOS, Manoel Antônio dos. A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana: uma contribuição à clínica das psicoses. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v.12,n.3,1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 Mar 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S0102-79721999000300005

SILVA, M.E.L. Pensar em Psicanálise. In: SILVA, M.E.L (Coord.) *Investigação e Psicanálise*. Campinas. São Paulo: Papyrus, 1993.p.11-25.

TKACZ, L.B. *Psicanálise e hospital geral: a trajetória de uma escuta*. 2002.102f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

TRINCA, W. Considerações sobre um modelo de pesquisa em Psicanálise. *Psychê*. Ano VI, nº 10, São Paulo, 2002.p.195-204

VASH, C.L. *Enfrentando a deficiência: a manifestação, a psicologia, a reabilitação*. São Paulo: Pioneira Editora da Universidade de São Paulo, 1988. 284p.

WINNICOTT, D.W. 1931p Nota sobre Normalidade e Ansiedade. In:_____. 1958a. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.p.57-76.

_____. 1945d Desenvolvimento emocional primitivo. In:_____. 1958a. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.p.218-232.

_____. 1945j Por que choram os bebês?. In: _____ 1964a *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1985. p.64-75.

_____. 1949m O mundo em pequenas doses. In: _____ 1964a *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1985. p.76-82.

_____. 1953c [1951] Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: _____ 1971a *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975.p.13-44.

_____.1954a [1949] A mente e sua relação com o psicossoma. In:_____. 1958a. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.p.332-46.

_____. 1955c [1954] A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In: 1958a. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.p.355-373.

_____.1958b [1950] A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In:_____. 1958a. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.p.288-304.

_____.1958g [1957] A capacidade para estar só. In:_____. 1965b. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p.31-37.

_____. 1958j O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional. In: _____. 1965a. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.p.3-20.

_____. 1958k [1935] A defesa maníaca. In:_____.1958a. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.p. 199-217.

_____.1963b[1962] O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In:_____. 1965b. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.p 70-78.

_____. 1964d As raízes da agressividade. In:_____. 1964a. *A criança e seu mundo*.Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora, 1982. p.262-270.

_____.1965h [1959] Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In:_____. 1965b. ***O ambiente e os processos de maturação***: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.p 114-127.

_____. 1965n [1962] A integração do ego no desenvolvimento da criança. In:_____. 1965b. ***O ambiente e os processos de maturação***: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.p 55-61.

_____. 1968l [1965] O valor da consulta terapêutica. In:_____.1989a. ***Explorações Psicanalíticas***. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p 244-248.

_____.1969g Fisioterapia e relações humanas. In:_____.1989a. ***Explorações Psicanalíticas***. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p 427-432.

_____.1969i [1968] O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações. In: _____.1989a. ***Explorações Psicanalíticas***. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.p.171-177.

_____.1971b ***Consultas Terapêuticas em psiquiatria Infantil***. Rio de Janeiro: Imago Ed.,1984.427p.

_____.1971d [1970] Sobre as bases para o self no corpo. In:_____.1989a. ***Explorações Psicanalíticas***. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 203-210.

_____. 1984i [1961] Variedades de Psicoterapia. In: _____.1984a ***Privação e Delinqüência***. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p.263-273.

_____.1988. ***Natureza Humana***. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990, 222p.

_____.1989n [1970] Individuação. In:_____.1989a. ***Explorações Psicanalíticas***. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p 219-222.

_____.1989vl [1961] Psiconeurose na infância. In:_____.1989a. ***Explorações Psicanalíticas***. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p 53-58.

ANEXO 1**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

(de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Brasília – DF)

Eu, Gabriela Bruno Galván, estou realizando uma pesquisa para entender como as pessoas reagem diante da perda de alguma parte do corpo, uma amputação. Para esta pesquisa não foi nem será aplicado nenhum teste, nem questionários específicos. Para participar da pesquisa você somente tem que autorizar a inclusão dos seus atendimentos na análise dos resultados. Estes dados serão colocados de forma que você não possa ser identificado, para isso serão omitidos ou modificados os dados mais pessoais. Durante a pesquisa você poderá solicitar quaisquer informações que achar necessárias e poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ao seu tratamento.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados em uma dissertação de mestrado do Instituto de Psicologia da USP e em publicações em revistas científicas. Em qualquer circunstância, serão omitidas ou modificadas informações que permitam a sua identificação; portanto estarão garantidos o sigilo dos seus dados e a sua privacidade.

Declaro que, após ser esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar desta pesquisa.

São Paulo, ____/____/____.

Assinatura do sujeito da pesquisa
ou responsável legal

Assinatura do pesquisador