

MARIA FLORENCIA GUGLIELMO

Terapia ocupacional e psicanálise: desdobramentos

São Paulo

2014

MARIA FLORENCIA GUGLIELMO

Terapia ocupacional e psicanálise: desdobramentos

(Versão Corrigida)

Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para a obtenção do título de mestre.
Área de Concentração: Psicologia Experimental
Orientador: Prof. Dr. Nelson Ernesto Coelho Júnior

São Paulo

2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Guglielmo, Maria Florencia.

Terapia ocupacional e psicanálise: desdobramentos / Maria Florencia Guglielmo; orientador Nelson Ernesto Coelho Junior. -- São Paulo, 2014.

111 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Experimental) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Terapia ocupacional 2. Psicanálise 3. Saúde mentalI. Título.

RM735

Dedico esta dissertação ao meu marido Daniel; sem seu amor, apoio e paciência, este trabalho não teria sido possível.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Nelson Ernesto Coelho Jr. por seu apoio e incentivo ao longo deste percurso e pela ampliação de minhas referências intelectuais.

Aos meus colegas do grupo de orientação pelo companheirismo, parceria e estímulo.

À minha comadre, Constanza Kaliks, com a qual sempre pude contar como interlocutora para a realização desta dissertação.

Aos meus pais, dos quais recebi valores fundamentais.

Ao Instituto de Psicologia da USP, pela possibilidade de realizar o mestrado.

À CAPES, pela concessão da bolsa de mestrado para viabilizar a realização desta pesquisa.

NOME: Maria Florencia Guglielmo

TÍTULO: Terapia ocupacional e psicanálise: desdobramentos

Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para a obtenção do título de mestre.

Área de Concentração: Psicologia Experimental

Orientador: Prof. Dr. Nelson Ernesto Coelho Júnior

Aprovado em: 04/04/2014

Banca examinadora:

Profª. Dra. Elisa Maria de Ulhoa Cintra

Instituição: Pontifícia Universidade Católica – São Paulo

Prof. Dr. Daniel Kupermann

Instituição: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Nelson Ernesto Coelho Jr.

Instituição: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Assinatura:

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	01
I – BREVE HISTÓRICO DA TERAPIA OCUPACIONAL	
1. Fundamentos filosóficos.....	07
2. Fundamentos históricos.....	11
3. A terapia ocupacional no Brasil.....	19
4. Modelos de intervenção em terapia ocupacional.....	22
II – A PSICANÁLISE: INOVAÇÕES TÉCNICAS QUE FAVORECERAM A INTERFACE COM A TERAPIA OCUPACIONAL	
1. Início e desenvolvimento.....	32
2. Sándor Ferenczi.....	43
3. Melanie Klein.....	49
4. D.W. Winnicott.....	59
5. Marion Milner.....	70
III –TERAPIA OCUPACIONAL E PSICANÁLISE: DESENVOLVIMENTO TEÓRICO NO BRASIL.....	86
IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103

RESUMO

GUGLIELMO, M.F. Terapia ocupacional e psicanálise: desdobramentos. 2014. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

Esta dissertação aborda as consequências do intercâmbio teórico e prático entre a terapia ocupacional em saúde mental e a psicanálise. Para tanto, descreve historicamente a criação da profissão de terapeuta ocupacional, seu fundamento filosófico, o funcionalismo e a perda, posteriormente, de seu embasamento teórico. A contextualização histórica abarca também o uso terapêutico da ocupação no Brasil e a fundação dos primeiros cursos de terapia ocupacional no país. No capítulo reservado à psicanálise, o percurso histórico descreve sucintamente seus conceitos principais e seu desenvolvimento teórico e técnico a partir da confrontação com os chamados “casos difíceis”, pacientes psicóticos, bordelines e neuróticos graves. São discutidas as contribuições para a questão realizadas por Sándor Ferenczi, Melanie Klein, D.W. Winnicott e Marion Milner. A contribuição desta última se dá, principalmente, através de seu conceito de meio maleável, relevante para a discussão em torno da fundamentação da prática da terapia ocupacional. O trabalho discute de que modo os conceitos psicanalíticos impactaram a criação de uma terapia ocupacional psicodinâmica, inclusive no Brasil, e também como, mais recentemente, autores franceses como Roussillon e Brun vem se ocupando do estudo das terapias que se utilizam de mediações no atendimento de pacientes com questões no processo de simbolização, utilizando como eixo principal o conceito de meio maleável.

Palavras chave: Terapia ocupacional. Psicanálise. Saúde Mental.

ABSTRACT

GUGLIELMO, M.F. Occupational Therapy and Psychoanalysis: developments. 2014. Thesis (Master) - Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo, 2014.

This paper discusses the consequences of the theoretical and practical exchange between occupational therapy in mental health and psychoanalysis. In order to achieve that, it historically describes the creation of the profession of occupational therapist, its philosophical foundation, functionalism, and subsequently the loss of its theoretical basis. The historical context also includes the therapeutic use of occupation in Brazil and the development of the first occupational therapy courses in the country. The chapter dedicated to psychoanalysis outlines historically its key concepts and theoretical and practical developments by confronting them to the so-called "difficult cases", psychotics, borderlines and severe neurotics. It also discusses the contributions made by Sándor Ferenczi, Melanie Klein, DW Winnicott and Marion Milner to the matter. The contribution of Marion Milner occurs mainly through her concept of malleable medium, a relevant concept to the discussion of the reasoning of the occupational therapy practice. The paper discusses how psychoanalytic concepts impacted the creation of a psychodynamic occupational therapy in Brazil. It also discusses how, more recently, French authors such as Roussillon and Brun have been studying therapies that utilize mediation in patients with issues in the symbolization process using the concept of malleable medium.

Keywords: Occupational therapy. Psychoanalysis. Mental health.

INTRODUÇÃO

O tema apresentado nesta dissertação surgiu como fruto de inquietações relacionadas à minha prática da terapia ocupacional com pacientes psicóticos e autistas, crianças e adultos, em hospitais-dia e em consultório particular. Foram os desafios propostos pela clínica da psicose no começo de minha atuação profissional que primeiramente me aproximaram da psicanálise. O objetivo inicial era compreender o quadro clínico de meus pacientes. Posteriormente, meu interesse se voltou para tentar refletir sobre a forma através da qual a técnica da terapia ocupacional – o uso de atividades como recurso terapêutico – atuava nesses quadros.

De que forma o setting da terapia ocupacional agiria terapeuticamente? Qual o papel ocupado pela atividade na clínica de terapia ocupacional com pacientes psicóticos? A atividade funcionaria como mediadora da relação terapeuta/paciente? Haveria alguma diferença no processo terapêutico relacionada ao tipo de atividade proposta, pintura, desenho, tricô? Essas questões se impuseram na busca de um referencial teórico sobre o qual fosse possível refletir sobre a atuação clínica em terapia ocupacional em saúde mental.

Em sua aproximação com a psicanálise, a terapia ocupacional teve que buscar autores que contemplassem suas especificidades. A atuação no setting terapêutico através de atividades concretas, como modelagem, pintura, bordado etc., não permite aproximações simples do modelo freudiano “clássico” interpretativo.

Um exemplo dessa abordagem está na vinheta clínica que apresento abaixo e que foi utilizada em meu trabalho de conclusão de especialização em Teoria Psicanalítica no COGEAE-PUC “As noções de interpretação e construção na obra freudiana”:

Clara era uma menina de aproximadamente 12 anos em tratamento em um hospital-dia infantil. Participava de oficinas de artes duas vezes por semana com outras seis ou sete crianças. A oficina era acompanhada por quatro técnicos, entre psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Não havia uma relação fixa entre os técnicos e as crianças, cabendo à iniciativa individual estabelecer o contato ou parceria durante a oficina. As atividades eram livres: colagem, argila, pintura, desenho... Cada criança era livre para escolher sua atividade (embora às vezes dêssemos “uma mão”).

Clara entrava na sala, sentava-se ao lado dos colegas, porém não conseguia se envolver em qualquer atividade que não fosse rasgar ou estragar o trabalho das outras crianças. Tínhamos que impedi-la de usar tesouras ou pincéis porque eles se transformavam em armas que investiam na direção de quem estivesse mais próximo. Por fim ela acabava sentada em seu lugar, rasgando páginas de revistas em montes

de pequenos pedaços de papel até a oficina acabar. Essa situação se prolongou por semanas.

Um dia Clara estava ocupada rasgando uma folha de revista de fundo verde. Já havia formado um bom monte quando me sentei ao seu lado com uma folha de sulfite branca, cola e um lápis. Desenhei uma árvore com uma grande copa e comecei a colar os pedacinhos que ela continuava rasgando; lentamente, eles iam compondo as folhas da copa. Não trocamos nenhuma palavra. Notei que ela se aquietou e acompanhou o destino de seus “pedacinhos”, até que o trabalho foi concluído. Ao final da oficina, escrevi meu nome e o dela na folha de papel e a pendurei na parede ao lado dos trabalhos de outras crianças.

Na próxima oficina Clara se sentou com um monte de revistas para rasgar, mas estava mais contida e parecia curiosa. A colagem da árvore permanecia na parede. Sentei-me ao seu lado e, depois que ela já havia rasgado uma boa quantidade de papel, desenhei um barco e pedi que segurasse os pedaços para que eu passasse a cola. Mais tarde essa atividade ganhou novos contornos: ela mesma colava os pedaços, completava o trabalho com tinta e desenhava também. Sua atitude com os técnicos e, posteriormente, com outras crianças ficou mais carinhosa. Clara foi capaz de se engajar em outras atividades propostas, inclusive em outras oficinas, com diferentes técnicos. (GUGLIELMO, 2009, pp. 56-57)

A intervenção com Clara deu-se sem a necessidade de palavras. Para a clínica da terapia ocupacional com pacientes psicóticos, o modelo “clássico” da interpretação freudiana não pode servir como referência. O próprio Freud, porém, a partir da segunda tópica, deixou espaço para a ampliação da técnica psicanalítica no cuidado com os pacientes graves. Mais tarde, outros autores da psicanálise fizeram contribuições importantes na clínica da psicose, com os quais é possível dialogar em busca de um maior esclarecimento da prática da terapia ocupacional.

Esta dissertação se propõe a refletir sobre a prática da terapia ocupacional a partir do estabelecimento de um diálogo com a psicanálise. Constitui-se, portanto, como uma pesquisa de interface entre duas áreas distintas de conhecimento e prática que têm, porém, pontos afins.

Os primeiros trabalhos que tentaram utilizar a psicanálise como referência para uma fundamentação da terapia ocupacional foram realizados pelo casal Fidler. O livro escrito por eles, *Occupational Therapy: A Communication Process in Psychiatry* (1963), permaneceu durante muitos anos como o único texto para terapeutas ocupacionais que trabalhavam com saúde mental.

Eles escreveram a respeito do “fazer” como parte de um processo de comunicação entre terapeuta e paciente e, cuidadosamente examinaram as características específicas de várias atividades, o que incluiu o significado simbólico e inconsciente dos materiais, objetos e produtos nas abordagens individuais e grupais. Sua abordagem da terapia ocupacional era no sentido de sempre incluir atividades em um *setting* de tratamento que era, por definição, relacional em função de seu embasamento teórico psicodinâmico. Ocupação e relação (comunicação, como eles a

chamavam) são os conceitos duradouros que ainda são presentes e profícuos hoje na profissão. (PIERGROSSI, 2013, p. 88, tradução nossa)¹

Segundo Piergrossi, ao longo dos últimos 50 anos, a abordagem psicodinâmica² da terapia ocupacional manteve-se atuante graças a um pequeno grupo de terapeutas ocupacionais que permaneceu vinculado a seus princípios centrais. Como veremos mais adiante, esse grupo, mais atuante na Europa do que nos EUA, possui também representantes no Brasil. Um dos exemplos de seu trabalho é o lançamento recente, no Reino Unido, do livro *Psychoanalytic Thinking in Occupational Therapy* (2013). O livro reúne artigos de algumas das principais representantes da terapia ocupacional psicodinâmica, pela primeira vez em cinquenta anos. Sua publicação aponta para a atualidade do tema a ser desenvolvido nesta dissertação.

Se por um lado houve um movimento de aproximação da terapia ocupacional com a psicanálise em busca de sustentação teórica para sua prática, por outro, a psicanálise também vem se aproximando recentemente das terapias que utilizam mediações em sua atividade clínica.

Quase ao final desta dissertação entrei em contato com o trabalho desenvolvido pelo Centro de Pesquisa em Psicopatologia e Psicologia Clínica da Universidade Lumière Lyon 2 (Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie Clinique), onde autores como René Roussillon e Anne Brun têm se dedicado a estudar e fundamentar, a partir da teoria psicanalítica, a prática das terapias que se utilizam de mediações no atendimento a pacientes psicóticos, bordelines e neuróticos graves. O resultado de suas pesquisas apareceu em duas publicações bastante atuais: *Les Médiations Thérapeutiques* (ROUSSILLON, 2011) e *Manuel des Médiations Thérapeutiques* (BRUN e ROUSSILLON, 2013). Embora um estudo aprofundado de suas contribuições ao tema tenha que ser deixado para uma pesquisa

¹ “They wrote about ‘doing’ as part of the communication process between therapist and patient, and carefully examined the specific characteristics of the various activities, which included the symbolic and unconscious significance of materials, objects and products in both individual and group approaches. There was an occupational approach in the sense that it always included activities in a treatment scenario which was by definition relational because of its psychodynamic theory base. Occupation and relationship (communication, as they called it) are the lasting concepts which are still present and useful, in the profession today.” (PIERGROSSI, 2013, p. 88)

² “Denomina-se *psicodinâmica* o efeito das ideias psicanalíticas sobre diferentes áreas que enfocam o funcionamento mental e desenvolvem estratégias que lidam ou consideram o sofrimento psíquico. Dessa forma, as ideias psicanalíticas, além de fundarem técnicas e teorias psicoterápicas, influenciam várias clínicas que estabelecem a relação como fórmula para o tratamento.” (TEDESCO, 2007, p. 156)

posterior, utilizo algumas das reflexões de Roussillon e Brun sobre o conceito de meio maleável no capítulo dedicado à psicanálise.

Espero que possamos ver, ao longo deste trabalho, de que maneira a aproximação reflexiva sobre a atuação e fundamentação teórica da psicanálise pode se tornar frutífera para a terapia ocupacional e, mais recentemente, como o estudo e a busca de sustentação teórica das práticas terapêuticas através de mediações pode fertilizar o campo da psicanálise.

No decorrer dos quase cem anos de existência da profissão a terapia ocupacional já fez aproximações com a psicanálise, nem sempre de forma bem-sucedida. Para melhor compreender esse fato, permitir-me-ei fazer uma pequena digressão histórica.

A terapia ocupacional é uma profissão que tem no “fazer” seu principal recurso e que nasceu dentro das instituições asilares, vinculada à psiquiatria e herdeira do tratamento moral. “O trabalho como instrumento de terapêutica médica, portanto, prescrito e orientado por médicos, sendo o núcleo do Tratamento Moral, determinou a relação estreita, até hoje conservada, entre psiquiatras e terapeutas ocupacionais” (BENETTON, 1999, p.22). O trabalho organizava a vida dentro da instituição asilar em uma época anterior ao desenvolvimento dos psicofármacos.

No princípio do séc. XX, foi desenvolvido nos EUA o primeiro curso para o uso terapêutico de atividades, destinado a enfermeiras, assistentes sociais e, posteriormente, a terapeutas ocupacionais. Adolf Meyer, seu fundador era neuropatologista e, mais tarde, tornou-se psiquiatra. A ele coube a tarefa de estabelecer as primeiras diretrizes para o trabalho da terapia ocupacional. Amigo íntimo de John Dewey e Willian James, o fundador da terapia ocupacional compartilhava seus pontos de vista. Dewey e Pierce, autores do pragmatismo-funcional, deram importantes contribuições aos campos da psicologia e ciências humanas e enfatizaram o uso do pensamento e da consciência a serviço de atividades para a adaptação às demandas do ambiente (Cf. SERRETT, 1985, p.13). O livro de Willian James *The Principles of Psychology*, publicado em 1890, principalmente seu capítulo sobre o hábito, inspirou Eleanor Slagle a escrever o primeiro programa de treinamento em terapia ocupacional, o “Treinamento de Hábitos”.

Embora a profissão tenha surgido influenciada pelas grandes inovações no campo da psicologia e da sociologia da época, seu desenvolvimento foi precocemente marcado pela divisão entre teoria e prática. Karen Diasio Serrett, em seu texto de 1985, “Another Look at

Occupational Therapy's History: Paradigm or Pair-of-Hands?", descreve o processo pelo qual, dentro do hospital psiquiátrico, as tarefas foram divididas entre médicos e terapeutas ocupacionais seguindo os clássicos modelos entre homens e mulheres, cabendo às últimas se submeterem à condução de suas atividades pelos médicos. Um livro de 1928, chamado *Prescribing Occupational Therapy*, de William Rush Dunton, ilustra como os médicos foram tomando para si a prescrição de atividades, colocando os terapeutas ocupacionais no papel de assistentes-técnicos, que executariam as orientações recebidas. Como consequência, afirma a autora, as fundamentações conceituais e intelectuais da profissão foram transferidas para fora da terapia ocupacional. Fato que na época não foi percebido como um elemento que pudesse comprometer o futuro desenvolvimento da profissão (Cf. SERRET, 1985, p. 20).

Nos anos 30 do séc. XX, a literatura da terapia ocupacional enfatizava a função, a aquisição de técnicas e a implementação de programas de atendimento. Os cursos de formação não se ocupavam em fornecer bases teóricas para os futuros terapeutas ocupacionais.

A partir dos anos 1940, a psicanálise foi ocupando espaço nos hospitais psiquiátricos americanos. Sua entrada no ambiente hospitalar mudou o foco de intervenção com os pacientes, privilegiando o trabalho interpretativo que visava atuar sobre os conflitos internos do indivíduo. Esse enfoque contrastava com a atuação da terapia ocupacional, orientada para a realização de atividades (Cf. SERRETT, 1985 pp. 21-22). Isso se deu em um contexto onde a profissão já havia deixado de lado a fundamentação de sua prática nas mãos dos médicos.

Na tentativa de se aproximar da teoria psicanalítica e compreender melhor sua prática, terapeutas ocupacionais (nos anos 1950 no Canadá, e nos anos 1960 nos EUA) desenvolveram uma teoria da terapia ocupacional baseada na psicanálise, a chamada abordagem psicodinâmica. Esses trabalhos tiveram influência no desenvolvimento de uma terapia ocupacional dinâmica no Brasil, principalmente através dos trabalhos de Jô Benetton. Sua visão da terapia ocupacional foi fundamental para minha prática e para o estabelecimento de um primeiro contato com a psicanálise.

Para melhor delimitar as especificidades de cada disciplina, psicanálise e terapia ocupacional, os primeiros dois capítulos desta dissertação serão dedicados a uma breve apresentação de seus respectivos desenvolvimentos históricos e suas fundamentações teóricas. Nestes breves relatos históricos darei importância, no caso da terapia ocupacional, à influência do pragmatismo-funcional em sua fundação e à cisão precoce entre a prática e seu desenvolvimento teórico. Também tratarei dos principais modelos de atuação através dos

quais pode-se compreender a sua prática hoje, segundo a concepção de Berenice Francisco (2001).

No caso da psicanálise, a ênfase estará nos impasses gerados em seu desenvolvimento teórico e técnico a partir da análise dos chamados casos graves. Para tanto, escolhi aprofundar meu estudo na contribuição de Winnicott referente ao desenvolvimento emocional primitivo, suas implicações na etiologia das psicoses e a adaptação da técnica na análise desses pacientes. Uma parte desse capítulo é dedicada à obra de Marion Milner, contemporânea e amiga de Winnicott, que realizou trabalhos relevantes tanto no estudo sobre a pintura quanto no atendimento de pacientes graves que a utilizavam em análise.

O último capítulo será reservado à discussão do desenvolvimento da terapia ocupacional psicodinâmica no Brasil e ao estudo das principais autoras que escreveram a partir do diálogo com a psicanálise. Nele apresento três vinhetas clínicas em que articulo os principais conceitos psicanalíticos apresentados neste trabalho e a proposta de atuação em terapia ocupacional dinâmica de Benetton.

I – BREVE HISTÓRICO DA TERAPIA OCUPACIONAL

1. Fundamentos filosóficos

O surgimento da psiquiatria nos EUA, no século XIX, foi profundamente influenciado pelo pensamento europeu. Tanto o trabalho de Pinel, na França, quanto o de Tuke, na Inglaterra, eram conhecidos no país. Outra influência importante para o desenvolvimento da psiquiatria americana foi a psicobiologia, que preconizava a existência de uma unidade entre mente e corpo, desenvolvida na Áustria principalmente através do trabalho de Von Feuchtersleben³.

Em seus primórdios, a psiquiatria americana esteve fortemente vinculada ao tratamento moral. Este foi definido em 1843 por Butler, seu representante nos EUA, da seguinte forma:

[Tratamento moral] Consiste na disciplina saudável do lar bem regulado, horas exatas para comida e sono, trabalho manual, leitura, palestras e outros exercícios intelectuais e divertimentos, recreações e diversões variadas, ambos dentro e fora... O maior objetivo desse tratamento é conseguir um exercício saudável do corpo, abstrair a mente de suas ilusões, para devolver o paciente aos hábitos e práticas metódicas e úteis de sua vida anterior. (BUTLER, apud HARMS apud SERRETT, 1985, pp. 9-10, tradução nossa)⁴

A segunda metade do séc. XIX trouxe muitas mudanças técnicas, sociais e filosóficas que contribuíram para o declínio do tratamento moral. Uma visão mais mecanicista e atomista começou a prevalecer na ciência e teve forte impacto sobre a psiquiatria norte-americana. Essa época, tal como descrita por Ackoff (1974), se caracteriza pelo reducionismo (estudo das partes em detrimento do todo), do uso da análise como forma de pensar e do mecanicismo (explicação do fenômeno em termos de causa e efeito). Esse modelo científico “clássico” desconsidera o papel do ambiente na explicação dos fenômenos observados. A doença mental, nesse contexto, passou a ser vista como resultado de um dano cerebral, sobre o qual o

³ Barão Ernst vonFeuchtersleben (1806-1849), médico vienense, publicou em 1845 o livro *Os Princípios da Psicologia Médica*, em que o termo “psicose” teria aparecido por primeira vez. Para Feuchtersleben, “psicose” designaria a doença mental, enquanto que “neurose” se referiria às doenças do sistema nervoso. (LAPLANCHE e PONTALIS, 2008, p.393)

⁴ “[Moral treatment] Consist of the wholesome discipline of the well-regulated household, regular hours for food and for sleep, manual employment, reading, lectures, and other intellectual exercises and entertainments, and various recreations and amusements, both within and without...The great object of this treatment is to procure a healthful exercise of the body, to abstract the mind from its delusions, to win back the patient to regular and useful habits and practices of his former life.” (BUTLER, apud HARMS apud SERRETT, 1985, pp. 9-10)

ambiente não teria nenhum efeito. A terapia proposta pelo tratamento moral foi excluída do processo, que passou a constituir-se basicamente de repouso e dieta.

A época precedente à criação da terapia ocupacional assistiu a um ressurgimento do humanismo nos EUA. A profissão surgiu a partir da confluência de três correntes, oriundas da psiquiatria, ciências sociais e filosofia. Os autores mais importantes dessas correntes são representantes da escola funcionalista de psicologia e ciências sociais: John Dewey, George Herbert Mead, Charles Pierce, Branislav Malinowski e Willian James. Ao contrário do modelo utilizado pela ciência clássica na psicologia que se ocupava dos fenômenos relacionados à consciência através de experiências em laboratórios, os funcionalistas levantavam questões sobre como a mente funcionava e se adaptava ao ambiente, enfatizando tanto a consciência quanto a atividade.

Em termos da caracterização dos seus objetos, praticamente toda a psicologia que se pretende uma ciência natural adota um modelo instrumentalista dos fenômenos mentais e comportamentais. Percepção, memória, pensamento, afetividade, motivação, aprendizagem etc. são concebidos como processos orientados para a adaptação (...). (FIGUEIREDO, 1989, p.79)

Segundo Figueiredo, os principais representantes dessa corrente na psicologia que teve seu desenvolvimento nos EUA em fins do séc. XIX e início do séc. XX foram: John Dewey (1859-1952), J. Angell (1869-1949), J. Baldwin (1861-1934) e Willian James (1842- 1910), o inspirador do “Treinamento de Hábitos” de Eleanor Slagle (1871-1942). Nas obras dos autores citados acima se encontram os princípios fundamentais do funcionalismo biológico. Para eles, os seres vivos se distinguem dos inanimados pelo fato de suas ações possuírem intencionalidade. Seus movimentos são articulados e hierarquizados, visam alcançar uma meta e estão submetidos aos mecanismos de autorregulação que permitem ao indivíduo enfrentar condições adversas em seu meio ambiente. Os comportamentos não são meros movimentos, são operações.

Uma operação pressupõe um interesse, e a identificação dos interesses corresponde à análise funcional dos processos psicológicos e comportamentais. Esta identificação reclama o estudo em situação natural que é onde os interesses podem se manifestar na produção de seus resultados adaptativos. (FIGUEIREDO, 1989, p.80)

Acredito ser válido deter-se sobre os princípios presentes nas obras desses autores que tiveram forte influência no pensamento de Adolf Meyer e Eleanor Slagle, os fundadores da terapia ocupacional.

Willian James iniciou sua carreira como biólogo. Ensinou anatomia na escola de medicina de Harvard (EUA). Nesse período, começou a se interessar pela psicologia, reservando espaço em seu laboratório para a realização de algumas experiências psicológicas. Em 1878, começou a escrever seu livro *The Principles of Psychology*, publicado em 1890. Após a publicação desse livro, seu interesse se dirigiu à filosofia. Seu trabalho estava orientado à observação das experiências concretas. Segundo Edna Heidbreder (1981), James tinha convicção de que a experiência poderia servir como ponto de partida e verificação do pensamento.

Os seis primeiros capítulos do livro *The Principles of Psychology* são dedicados ao estudo dos aspectos da atividade nervosa considerados importantes para a vida mental. Nessa parte, James inclui um capítulo, que ficará famoso mais tarde, sobre o hábito. Ele será usado por Slagle para a elaboração do primeiro programa a ser utilizado na terapia ocupacional, o “Treinamento de Hábitos”, sobre o qual falaremos mais adiante.

[James] desenvolve a tese de que a vida mental, na realidade, toda a conduta humana, é, em grande parte, determinada pela tendência do sistema nervoso em ser modificado de tal forma em cada ação que toda a ação subsequente da mesma espécie se torna um pouco mais fácil do que a anterior. (HEIDBREDER, 1981, p. 147)

Para James, o estudo dos fenômenos da vida mental era o mesmo que estudar a consciência tal como ela se apresenta na experiência real e imediata. Defendia a introspecção como método de pesquisa fundamental. Ele encarava os processos mentais como arraigados às necessidades e práticas dos organismos vivos. “O pensamento, na forma descrita por James, é um tipo de reação desenvolvida por um ser empenhado na questão prática de reagir ao seu meio ambiente” (HEIDBREDER, 1981, p. 176). Essa visão será explicitada na ciência norte-americana com o surgimento do funcionalismo.

O funcionalismo teve como autores iniciais James Rowland Angell e John Dewey. Angell havia sido discípulo de Willian James na Universidade de Harvard. Ambos, Angell e Dewey, trabalhavam juntos na Universidade de Chicago (EUA), que acabou por tornar-se a sede do funcionalismo.

“(…) o funcionalismo estava interessado principalmente em atividades – em processos mentais não simplesmente como conteúdos, mas também como operações. Além disso, estava interessado em estudá-las em seu hábitat natural e do ponto de vista de sua utilidade” (HEIDBREder, 1981, p. 180).

A forma de estudo dos processos mentais realizadas pelos funcionalistas diferia da realizada pelos psicólogos estruturalistas que, de forma deliberada, faziam abstração do material a ser estudado em relação ao seu meio ambiente. Ainda segundo Heidebreder (1981), os funcionalistas estavam interessados, desde o início, na ciência aplicada. Daí derivaria o interesse desenvolvido por Dewey pela educação.

Nem Angell e tampouco Dewey se dedicaram a escrever um texto que apresentasse o funcionalismo como sistema. Seus princípios se encontram dispersos em diversos artigos e livros publicados pelos dois autores.

Os dois livros mais famosos de Dewey são *HowWeThink* e *HumanNatureandConduct*. Neste último Dewey ressalta a relação íntima que existe entre o indivíduo e seu ambiente e coloca os hábitos como sendo formados a partir de interações entre aptidões biológicas e o meio ambiente social.

Uma das críticas recebidas pelo funcionalismo foi a de não ter definido bem seus termos, como, por exemplo, o conceito de função. Ruckmick, discípulo de Titchener⁵, ao estudar os textos ingleses e norte-americanos, encontrou dois usos principais para a palavra: “Na primeira, ‘função’ é empregada como sinônimo de atividade; neste sentido, o perceber e o lembrar são funções. Na segunda classe, esta palavra é usada para indicar a utilidade de uma função para o organismo (...)” (HEIDBREder, 1981, p. 200).

Apesar de essas críticas terem recebido respostas, Heidebreder (1981) aponta para o fato de que os funcionalistas realmente não se preocuparam em colocar definições e sistematizações em primeiro plano. O mesmo se poderá dizer mais tarde sobre a terapia ocupacional, herdeira de seu pensamento.

O funcionalismo perdeu, em parte, sua influência na psicologia norte-americana com o surgimento do behaviorismo e da *Gestalt*. Muitas das ideias desenvolvidas pelos

⁵ Edward Bradford Titchener (1867-1927), psicólogo e estruturalista britânico, viveu nos EUA, onde trabalhou divulgando a psicologia estruturalista.

funcionalistas acabaram incorporadas à psicologia norte-americana como senso comum, mas também participaram da constituição do behaviorismo radical de Skinner.

Considerar as atividades mentais bem como os conteúdos, pensar em função de adaptações e ajustamentos, observar os processos psicológicos em relação com seu ambiente, encarar o homem como um organismo biológico adaptando-se ao meio ambiente – todos estes processos foram tão amplamente aceitos em psicologia que já não atraem atenção especial. (HEIDBREder, 1981, p. 204)

2. Fundamentos históricos

John Dewey, William James e Adolf Meyer (fundador da terapia ocupacional) enfatizaram o uso do pensamento e da consciência a serviço de atividades para a adaptação às demandas do ambiente. Mas quem foi Adolf Meyer? Essa figura é hoje bastante esquecida na psiquiatria norte-americana e também nos cursos de formação em terapia ocupacional.

Adolf Meyer nasceu na Suíça e complementou sua formação como médico na França, Inglaterra e Escócia. Foi atraído pela orientação do biólogo darwiniano Thomas Huxley e pelas ideias de níveis de integração de Hughlings⁶. Essas ideias prepararam a base sobre a qual Meyer desenvolveria mais tarde a noção de que o comportamento humano é integrado simbolicamente.⁷

Ao completar sua tese e não obter o posto em uma universidade como desejava, resolveu mudar-se para os EUA e tentar uma colocação nas universidades John Hopkins, Clark ou na de Chicago. Na época de sua chegada à América, não existiam programas de treinamento clínico em psiquiatria. Os psiquiatras se ocupavam em classificar as doenças dos pacientes e em oferecer-lhes abrigo.

Meyer iniciou seu trabalho na Universidade de Chicago como neurologista em 1892. No ano seguinte, tornou-se patologista no KankeeState Hospital e em seguida começou a atuar nas áreas de neuropatologia e neuroanatomia.

⁶John Hughlings Jackson (1835-1911), neurologista britânico, propunha uma base anatômica e fisiológica organizada hierarquicamente para a localização das funções cerebrais.

⁷Meyer estabeleceu categorias de disciplinas vinculadas à compreensão do ser humano, física, química, biologia etc. organizadas hierarquicamente, onde os aspectos mais simples seriam integrados aos mais complexos, adquirindo novas funções a cada nível. Os níveis superiores não poderiam ser vistos apenas como a soma dos inferiores. O esquema de Meyer partia dos aspectos físicos e químicos do organismo, passando para os aspectos biológicos (crescimento, metabolismo e reprodução), os aspectos relacionados à vida animal (incluindo o âmbito motor), as reações a estímulos e respostas e, por fim, a capacidade de simbolização, em que as experiências vividas seriam integradas à história do indivíduo.

Foi provavelmente através de um incidente em sua vida pessoal, um processo depressivo pelo qual passou sua mãe, que Meyer desenvolveu o interesse em conversar com seus pacientes sobre suas histórias de vida em busca de eventos que pudessem ter precipitado a doença. Segundo Theodore Lidz, neste momento Meyer estava desenvolvendo “conceitos dinâmicos sobre a importância das experiências infantis” (1985, p. 40). Para Meyer, o papel atribuído à herança genética na época era excessivamente valorizado.

Meyer foi introduzido ao pensamento de Charles Peirce e William James pelo filósofo Paulo Carus, e mais tarde tornou-se amigo de John Dewey e G. H. Mead. A partir do contato com esses autores, Meyer teria encontrado respostas para suas inquietações filosóficas. Essas respostas tiveram uma grande influência, não apenas sobre seu pensamento, como também orientaram as atividades práticas que ele desenvolveu mais tarde.

Um dos aspectos que chamaram a atenção de Meyer no pensamento, principalmente de Peirce, foi o ataque à divisão cartesiana entre corpo e mente.

Realmente Peirce não podia conceber o pensamento divorciado das circunstâncias que criaram os problemas que requerem soluções. A verdade não é uma abstração platônica, mas algo a ser obtido a partir da experiência, isto é, por meio do experimento. Apenas podemos conhecer o que vivenciamos e, conseqüentemente, a experiência precisa ser um assunto válido para o estudo científico. (LIDZ, 1985, p. 41, tradução nossa)⁸

O pensamento não era visto como algo diferente da ação, mas como um tipo diferente de ação. Para Meyer, as crenças e os pensamentos determinam o que somos, e para que as ideias sejam efetivas, elas precisam estar relacionadas às necessidades humanas e estimular a ação. Ele acreditava, como neuropatologista, que a origem das disfunções no comportamento e no pensamento poderia ser encontrada no cérebro, porém esse conhecimento era de pouca ajuda no momento de compreender a história de vida do paciente ou orientar o tratamento a seguir.

A história de vida do paciente era fundamental para compreender as origens do distúrbio mental. Através dessa observação aprofundada do caso, o psiquiatra podia estabelecer os fatores de desenvolvimento similares e diferentes entre os pacientes com dificuldades parecidas. As intervenções terapêuticas seriam realizadas no sentido de permitir ao paciente

⁸ “Indeed, Peirce could not conceive of thought divorced from circumstances that created problems requiring solution. Truth is not a platonic abstraction, but something to be gained from experience – that is, through experiment. We can only know what we experience, and consequently experience must be a valid subject for scientific study.” (LIDZ, 1985, p. 41)

ter uma experiência diferente da que ele tinha vivido previamente e que havia originado sua enfermidade.

Meyer sintetizou a ideia de que mente e corpo constituíam uma unidade através de seu conceito de psicobiologia⁹, cujas origens, como vimos, remontam ao trabalho de Von Feuchtersleben.

“O comportamento humano é integrado através da mente; o que o homem pensa afeta seu funcionamento até o nível celular, e suas simbolizações são cruciais para seu funcionamento como um organismo social.”(LIDZ, 1985,p. 43, tradução nossa)¹⁰

A maneira pela qual Meyer compreendia a doença mental fez com que ele se chocasse com a nosologia desenvolvida por Kraepelin¹¹ em 1896. As entidades nosológicas foram amplamente aceitas pela comunidade científica da época, assim como a busca da etiologia física dessas doenças. Para Meyer, as diferentes doenças expressavam diversos padrões de reação, sendo as diferenças entre eles explicadas em função de constituições e experiências de vida distintas. Seriam decorrentes das várias formas pelas quais os pacientes manifestavam sua incapacidade em adaptar-se de maneira bem-sucedida.

Embora ele não desconsiderasse o papel, ainda desconhecido, da hereditariedade, preferia concentrar seus esforços sobre o que poderia ser modificado: mudanças no meio ambiente, alterações no padrão de hábitos e formas de pensar, auxílio ao paciente para resolver seus problemas. O comportamento estranho de um paciente esquizofrênico era visto em função da deterioração de hábitos de pensamento e de comportamento, e não em termos de deterioração ou disfunção cerebral. A razão era vista por ele como apenas um passo para a ação; a vida mental atuava como um agente integrador do tempo, unindo passado, presente e futuro.

⁹ A psicobiologia partia do princípio de que o ser humano deveria ser compreendido como fruto da ação integrada entre corpo (aspecto biológico) e mente (aspecto psíquico). As ações integradas mentalmente se caracterizam por possuírem um significado, ou sentido, e direção, que se tornavam claros quando vistos à luz da biografia individual. Segundo Meyer, as funções que integram as experiências humanas dependem da interação dos seguintes fatores: o aparelho inato, a capacidade para crescer e se organizar e as influências modificadoras do meio ambiente. O artigo de Wendell Muncie “Historical and Philosophical Bases of Psychobiology” (1939) expõe os conceitos mais importantes relacionados ao tema e como a psicobiologia veio fazer parte do currículo de muitas escolas de medicina norte-americanas no início do séc. XX.

¹⁰ “Human behavior is integrated through mentation; what man thinks affects his functioning down to a cellular level, and his symbolizations are critical to his functioning as a social organism.” (LIDZ, 1985, p. 43)

¹¹ Emil Kraepelin (1856-1926), psiquiatra alemão, visto como criador da moderna psiquiatria, defendia que as doenças psiquiátricas são causadas principalmente por distúrbios genéticos e biológicos.

As ideias de Meyer começaram a ser difundidas em 1905. Em 1909, ele participou do vigésimo aniversário da Clark University, onde Freud deu cinco palestras sobre psicanálise. Nesse encontro, Meyer apresentou uma palestra cujo título era “A Dynamic Interpretation of Dementia Praecox” (Uma Interpretação Dinâmica da Demência Precoce). Segundo Lidz, Meyer foi praticamente o único no evento a sustentar que a esquizofrenia poderia ter uma origem psíquica. E teria ficado desapontado com as posições defendidas por Eugen Bleuler e Carl Gustav Jung, que viam as manifestações psicológicas dos pacientes esquizofrênicos como secundárias a uma condição tóxica que afetava o cérebro.

Lidz afirma que a relação de Meyer com a psicanálise teve início sob bons auspícios. Ele encarava a psicanálise como outra psiquiatria dinâmica genética, interessada no indivíduo e em seu desenvolvimento. Apesar de algumas reservas iniciais, Meyer introduziu, logo após o evento na Clark University, as ideias de Freud em uma conferência para médicos no New York State Hospital e se tornou um dos membros fundadores da Associação Psicanalítica Americana. A orientação dinâmica genética de Meyer preparou, segundo Lidz, a aceitação da psicanálise nos círculos acadêmicos psiquiátricos, em contraste com o que ocorria na Europa. Embora Meyer tivesse alimentado a esperança de que a psicanálise e a psicobiologia desenvolvida por ele pudessem ser fundidas, o projeto se tornou inviável. Meyer discordava da ênfase que Freud colocava sobre a importância de motivações inconscientes na determinação do comportamento, enquanto ele via o pensamento, fundamentalmente, como a principal técnica adaptativa capaz de modificar a realidade.

Adolf Meyer foi uma das figuras mais proeminentes da psiquiatria norte-americana entre os anos de 1895 e 1940. Foi um dos responsáveis pela transformação da psiquiatria em uma terapia dinâmica antes que as ideias de Freud chegassem aos EUA.

A partir de 1908, Meyer esteve a cargo do desenvolvimento de programas de formação e treinamento de médicos e psiquiatras, assim como da organização e instalação de instituições de atendimento aos doentes mentais que se tornaram referência nos EUA por muitas décadas. Foi no início dessa atividade que ele lançou os fundamentos teóricos e colaborou para a criação da terapia ocupacional.

Em outubro de 1921, Adolf Meyer realizou uma palestra na qual apresentou suas reflexões sobre a terapia ocupacional. O texto recebeu o título “The Philosophy of Occupational Therapy”, e nele explicita seu conceito de ser humano:

Nossa concepção de homem é a de um organismo que se mantém e se equilibra na verdade e realidade do mundo através de uma vida ativa e de uma prática ativa, isto é, atuando, vivendo e usando seu *tempo* em harmonia com sua própria natureza. É o uso que fazemos de nós mesmos que confere a marca definitiva a cada órgão nosso. (MEYER, 1983, p.83, grifos no original, tradução nossa)¹²

Essa ideia do ser humano ativo e em constante relação e troca com seu ambiente impregnou profundamente a profissão do terapeuta ocupacional.

Sua recomendação quanto à prescrição de atividades pode ser vista, ainda hoje, como inspiradora:

Não é uma questão de *prescrições* específicas, mas de oportunidades, exceto quando sugestões podem ser deduzidas da história do paciente, e um estudo minucioso das inclinações da fantasia, e até das ilusões, revelam as linhas das predileções e desejos inatos (...). (MEYER, 1983, p. 84, grifo no original, tradução nossa)¹³

O tratamento proposto por Meyer tinha como objetivo permitir ao paciente reencontrar o equilíbrio perdido através de ocupações que facilitassem sua inserção social. As atividades prescritas eram equacionadas de acordo com o grau de consciência do paciente. O programa tinha início com atividades de estimulação sensorial, depois se estendia às atividades de autocuidado e, por último, chegava às atividades que visavam a aquisição de qualidades necessárias para o trabalho (Cf. BENETTON, 1999, p. 23).

Antes de se estabelecer como profissão, a terapia ocupacional teve como antecedente um curso de seis semanas ministrado para atendentes hospitalares. O curso, sob a direção de Graham Taylor, ocorreu em 1908, na Escola de Educação Cívica de Chicago (EUA), e oferecia treinamento em ocupação e recreação curativa.

Eleanor Slagle, fundadora da terapia ocupacional juntamente com Adolf Meyer, participou de um desses cursos, formando-se em 1911. A ocupação para fins terapêuticos recebeu as mais diversas denominações em distintos países: tratamento moral, tratamento de trabalho, terapia do trabalho, tratamento da ocupação, reeducação ocupacional, ergoterapia, laborterapia e

¹² “Our conception of man is that of an organism that maintains and balance itself in the world of reality and actuality by being in active life and active use, i.e., using and living and acting its *time* in harmony with its own nature about it. It is the *use* that we make of ourselves that gives the ultimate stamp to our very organ.” (MEYER, 1983, p.83, grifos no original)

¹³ “It is not a question of specific *prescriptions*, but of opportunities, except where suggestions can be derived from the history of the patient and a minute study of the trends of fancy and even delusions reveals the lines of predilections and native longings (...).” (MEYER, 1983, p. 84, grifo no original)

praxiterapia, até dezembro de 1914, quando a profissão recebeu seu nome definitivo do arquiteto George Edward Barton (Cf. BENETTON, 1999, p. 14).

Em 1915, o primeiro curso profissionalizante para terapeutas ocupacionais foi organizado por Eleanor Slagle. Slagle foi diretora da escola de terapia ocupacional Henry Favill, em Chicago, de 1918 a 1922. Coube a ela desenvolver um programa de “treinamento de hábitos” inspirado tanto no texto de Willian James, “Habit” (publicado no *Psychology, Briefer Course*, em 1892), quanto no capítulo sobre o hábito de seu livro *The Principles of Psychology* (1890).

Segundo James:

Um hábito adquirido, do ponto de vista psicológico, nada mais é do que um caminho de descarga formado no cérebro, através do qual, certas correntes que chegam a ele tendem a escapar a partir de então. (1985, p. 55, tradução nossa, grifos no original)¹⁴

Para o autor, os hábitos possuíam uma base física. Os hábitos mais complexos não eram mais que descargas concatenadas que ocorriam nos centros nervosos. Até mesmo as manifestações mórbidas eram vistas por James como demonstrações da inércia do sistema nervoso em manter uma reação errônea.

A compreensão dos processos inerentes à aquisição de hábitos levava a importantes considerações práticas por parte do autor. Os hábitos simplificam nossos movimentos, os tornam mais precisos e diminuiriam o desgaste necessário a sua realização. Em segundo lugar, os hábitos permitiriam que muitas atividades sejam realizadas sem a presença de atenção consciente.

Enquanto estamos aprendendo a andar, cavalgar, nadar, patinar, esgrimir, escrever, jogar ou cantar nos interrompemos a cada passo com movimentos desnecessários e notas erradas. Quando somos peritos, ao contrário, os resultados aparecem não apenas com o mínimo de ação muscular requerida para levá-los adiante, mas a partir de uma sugestão única e instantânea. (JAMES, 1985, p. 59, tradução nossa)¹⁵

Não apenas o que se constitui como habilidade, que será executado corretamente, se automatiza. O erro também pode tornar-se um hábito. Para James, apenas os atos estritamente

¹⁴ “An acquired habit, from the physiological point of view, is nothing but a new pathway of discharge formed in the brain, by which certain incoming currents ever after tend to escape.” (JAMES, 1985, p. 55, grifos no original)

¹⁵ “Whilst we are learning to walk, to ride, to swim, skate, fence, write, play or sing, we interrupt ourselves very step by unnecessary movements and false notes. When we are proficient, on the contrary, the results follow not only with the very minimum of muscular action requisite to bring them forth, but they follow from a single instantaneous ‘cue’.” (JAMES, 1985, p. 59)

voluntários demandam o direcionamento do pensamento, sensação e vontade para seguir seu curso completo. Para a realização de ações habituais, a mera sensação já seria suficiente. A aquisição de novos hábitos implicaria em um esforço consciente, o que já não seria mais necessário quando o hábito estivesse estabelecido.

As implicações pedagógicas do pensamento de James são óbvias. Ele propõe que se transforme o sistema nervoso em um aliado por meio da transformação de um grande número de ações úteis em ações automáticas. Dessa forma a mente se tornaria livre para a realização de outras tarefas.

James considerava que uma transformação real de aspectos da personalidade passava pela ação efetiva. “Não importa quantas *máximas* alguém possui, e não importa quão bons os *sentimentos* de alguém possam ser, se não se tem tirado vantagem de cada oportunidade concreta para *agir*, o caráter individual pode não sofrer alteração para melhor” (JAMES, 1985, p. 66, tradução nossa, grifos no original).¹⁶

O programa criado por Slagle a partir desse texto tinha como objetivo a adaptação social dos pacientes portadores de distúrbios emocionais e de deficiências físicas. Visava alcançar o objetivo proposto por Meyer, permitir ao paciente alcançar um equilíbrio entre o trabalho, repouso e lazer.

Também coube a Slagle descrever as características que considerava ideais nas futuras terapeutas ocupacionais: bondade, paciência, imaginação e uma atitude maternal (Cf. BENETTON, 1999, p. 26). É preciso considerar que essa descrição, um pouco estereotipada, de características vistas como “femininas”, foi feita no contexto de uma época em que as mulheres começavam a buscar a profissionalização. As profissões que primeiramente se abriram às mulheres eram aparentes extensões de suas tarefas domésticas: o ensino, a enfermagem e, no caso, a terapia ocupacional.

O programa de “Treinamento de Hábitos” apoiava-se na observação de qualquer conduta ou atitude saudável para, a partir dela, motivar uma nova ação. A formação proposta por ela abarcava tanto a forma de ensinar e motivar os pacientes a realizarem as atividades, quanto a auxiliar os terapeutas a estabelecerem um relacionamento positivo com eles. “Assim sendo, os

¹⁶ “No matter how full of *maxims* one may possess, and no matter how good one’s *sentiments* may be, if one have not taken advantage of very concrete opportunity to *act*, one’s character may remain entirely unaffected for the better.” (JAMES, 1985, p. 66, grifos no original)

procedimentos em terapia ocupacional são construídos a partir da ideia de que serão, em parte, a exploração de aspectos saudáveis e, por outra parte, a ampliação de recursos para a construção do cotidiano” (BENETTON, 1999, p. 28).

Nos EUA, Eleanor Slagle é considerada a precursora da terapia ocupacional dinâmica. Ela e Meyer compartilhavam a mesma fundamentação filosófica, que foi usada para estruturar os primeiros cursos de terapia ocupacional.

Serrett (1985) afirma que o legado intelectual recebido pela terapia ocupacional através de Adolf Meyer se esvaneceu com o passar do tempo. Os primeiros terapeutas ocupacionais compartilhavam a visão humanística de Meyer e os fundamentos filosóficos implícitos em sua proposta, pois estes eram fruto de uma mesma escola de pensamento, a funcionalista. Ela era discutida abertamente em diversas disciplinas na época. Nos cursos curtos de formação das primeiras turmas de terapeutas ocupacionais dava-se pouca atenção à explicitação de seus fundamentos intelectuais, colocando-se a ênfase no “fazer”. Desse modo, sem suporte e articulação intelectual, a profissão foi perdendo sustentação teórica.

Como citado anteriormente na introdução deste trabalho, dentro do hospital psiquiátrico houve uma divisão entre as tarefas realizadas entre médicos e terapeutas ocupacionais, cabendo às últimas executar as prescrições dos primeiros.

Assim, o fazer, ou a função, tanto quanto o ser permaneceram com as mulheres (terapeutas ocupacionais), e a conceitualização sobre o fazer, assim como seu controle intelectual, ficaram com os homens (médicos). Portanto a terapia ocupacional precocemente se dividiu entre sua prática e sua conceitualização, entre sua função e sua intenção. (SERRET, 1985, p. 20, tradução nossa)¹⁷

Refletindo essa situação, na década de 30 do séc. XX, a literatura da terapia ocupacional enfatizava a função, a aquisição de técnicas e a implementação de programas de atendimento sem que houvesse uma preocupação com os pressupostos teóricos que deveriam nortear a prática e a formação de novos profissionais.

A partir de 1935, foram introduzidas nos hospitais psiquiátricos as terapias biológicas, como o coma insulínico. Nos anos 1940, as terapias convulsivas. Em função da rápida resposta obtida

¹⁷ “Thus, the doing, or function, as well as the being, belonged to the women (occupational therapists), and the conceptualization about the doing, as well as its intellectual control, belonged to the men (physicians). Thus, early occupational therapy had split between its practice and its conceptualization, between its function and its will.” (SERRET, 1985, p. 20)

no quadro dos pacientes, a terapia ocupacional deixou de ser utilizada como instrumento de contenção e se tornou parte do processo de reabilitação. (Cf. BENETTON, 1999, p. 30)

Ao longo da década de 1940, no campo da saúde mental, a influência de Meyer foi sendo substituída pela psicanálise. Ela foi ganhando espaço nos hospitais psiquiátricos, e sua teoria se mostrou incompatível com os princípios da terapia ocupacional. Enquanto na terapia ocupacional a ênfase estava no “fazer”, a abordagem psicanalítica “clássica” da época se centrava na análise do discurso do paciente.

Serret chama a atenção para o fato de que a terapia ocupacional era particularmente suscetível a influências ideológicas uma vez que havia deixado de lado a fundamentação de sua prática. “A crescente descoberta e reivindicação de nossa herança intelectual tem sido uma experiência divertida para muitos terapeutas ocupacionais que começaram a ansiar por uma compreensão e comprometimento mais profundo com a sua profissão” (SERRETT, 1985, p. 23, tradução nossa).¹⁸

No início dos anos 1960, os currículos dos cursos de formação em terapia ocupacional nos EUA, Canadá e Inglaterra se consolidaram. Esse fato permitiu a exportação da profissão para países como o Brasil, Austrália, França, Argentina e África do Sul.

3. A terapia ocupacional no Brasil

Em “Caminhos da Terapia Ocupacional” (2001), De Carlo e Bartalotti analisam o histórico do uso de atividades como recurso terapêutico e a implantação da profissão de terapeuta ocupacional no Brasil. Seguiremos, a partir dessa referência, o desenvolvimento da terapia ocupacional brasileira.

Em nosso país, o uso da ocupação com fins terapêuticos teve início com a fundação do Hospício D. Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro. Em 1898, foi fundado o Hospital do Juqueri, em São Paulo, atualmente chamado de Hospital Franco da Rocha. O hospital atendia pacientes que vinham de todas as partes do país. A “praxiterapia” foi introduzida na instituição por Franco da Rocha e Pacheco e Silva. A principal atividade desenvolvida pelos

¹⁸ “The growing discovery and reclaim o four intellectual heritage has been an exhilarating experience for many occupational therapists who began to hunger for a much deeper understanding and commitment to their profession.” (SERRET, 1985, p. 23)

pacientes era a agropecuária, que tinha como objetivo suprir as necessidades do hospital e também visava a comercialização do excedente.

No início do século XX, a ocupação terapêutica foi introduzida na Colônia Juliano Moreira e no Hospital Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro. Foi neste último que Nise da Silveira se envolveu com a “terapêutica ocupacional” e realizou seus estudos sobre a atividade artística e os pacientes esquizofrênicos. O trabalho desenvolvido nesses hospitais, com exceção da proposta de Nise da Silveira, estava calcado no modelo do tratamento moral, sendo considerado como uma forma de reorganizar os hábitos dos pacientes através da ordem estabelecida no ambiente pelas ocupações ali desenvolvidas.

O trabalho que deu início à produção científica brasileira sobre a assim chamada “terapêutica ocupacional” foi a tese inaugural da cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, *Labortherpia nas AffecçõesMentaes*, de Henrique de Oliveira Matos (1929).

No Nordeste, o responsável por introduzir a ocupação terapêutica nos hospitais psiquiátricos foi Ulisses Pernambucano. Ele utilizava como referência teórica o livro de H. Simon, *Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales*.

A partir dos anos 1940, surgem no Brasil os programas de reabilitação para deficientes. Esses programas receberam incentivo e fomento de órgãos como a ONU, Organização Internacional do Trabalho e a Unesco. Este é o contexto no qual surge a terapia ocupacional como profissão no país.

Apesar de já haverem experiências do uso de ocupação sendo desenvolvidas há muitos anos no Brasil, dentro dos hospitais psiquiátricos, o curso de formação em terapia ocupacional foi implantado segundo o modelo desenvolvido nos EUA.

Em 1951, a ONU enviou representantes para encontrarem um lugar adequado para a instauração de um Centro de Reabilitação. O local escolhido foi o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Essa instituição já possuía um centro de reabilitação, estava vinculado a uma universidade e se localizava em uma grande cidade, o que significava uma grande demanda de deficientes a ser atendida.

Desde a década de 1940, a laborterapia era utilizada no Hospital das Clínicas com os pacientes internados. Seu objetivo era reduzir os efeitos da hospitalização. A partir de 1951,

foi desenvolvido um intercâmbio de profissionais com os EUA. Os técnicos eram enviados para participarem de cursos de reabilitação e trazerem novas abordagens ao país.

O primeiro curso de terapia ocupacional criado no Brasil tinha apenas um ano de duração e era de nível técnico.

Em 1956, a ONU ajudou a fundar o Instituto Nacional de Reabilitação, na Clínica de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas. O instituto tinha duas funções: a primeira era assistir a população deficiente por meio dos programas de reabilitação e, a segunda, promover cursos para formar novos profissionais. Uma das profissionais que veio ao país, como fruto do intercâmbio desenvolvido com os EUA, foi Elizabeth Eagles. Ela tinha como tarefa desenvolver um curso de formação em terapia ocupacional. Para tanto, permaneceu de 1964 a 1965 no Brasil, escolhendo Maria Auxiliadora Cursino Ferrari para assumir a responsabilidade pela futura formação de profissionais e organização do Instituto de Reabilitação.

(...) o Instituto não se preocupava com a formação dos profissionais com conhecimento mais amplo, mas em cumprir as exigências da ONU. A formação era restrita e específica das profissões técnicas de reabilitação (eminentemente clínica, referente à sintomatologia, à intervenção médica específica, aos princípios de indicação terapêutica etc.), sendo a Terapia Ocupacional responsável somente por membros superiores e pelas técnicas em atividades de vida diária. (DE CARLO e BARTALOTTI, 2001, p. 34)

Em 1959, a duração do curso de terapia ocupacional da USP se estendeu para dois anos. Cinco anos mais tarde, passou a ter três anos e era eminentemente voltado para a área de reabilitação física. Após alguns anos de funcionamento, foram incorporados ao curso estágios supervisionados em psiquiatria. No ano de 1968, o curso passou a ter, finalmente, grau universitário.

Segundo Benetton, nos anos 1960 a formação dos terapeutas ocupacionais no Brasil ainda utilizava bibliografia com métodos desenvolvidos no início do séc. XX, e seu currículo era uma cópia das escolas norte-americanas. Nos estágios, a preocupação das aspirantes a terapeutas ocupacionais era encontrar o mais rapidamente possível a “atividade certa” para combater um determinado sintoma (Cf. BENETTON, 1999, pp. 31-32).

Com o fim do Instituto de Reabilitação, no princípio de década de 1970, o curso de terapia ocupacional passou a integrar a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Veremos que na segunda década do século XX, em decorrência da busca por uma sustentação teórica, surgiram distintos modelos de intervenção em terapia ocupacional. Ocuparemos-nos deles a seguir, destacando o modelo utilizado como referência nesta dissertação.

4. Modelos de intervenção em terapia ocupacional

Entre as décadas de 1960 e 1970, aqui, e também no exterior, houve um movimento de retorno dos terapeutas ocupacionais às universidades em busca de uma maior fundamentação à sua prática.

Segundo De Carlo e Bartalotti:

(...) a década de 70 pode ser considerada um período emblemático da história da Terapia Ocupacional. Para alguns autores, aquele foi um período de “crise de identidade da profissão”; para muitos, essa crise se perpetua até hoje, sem que a categoria tenha conseguido chegar a um consenso sobre definições, identidade profissional etc. (DE CARLO e BARTALOTTI, 2001, p. 34)

Entretanto, foi justamente nesse período de crise que surgiram muitas produções teóricas importantes no âmbito da terapia ocupacional. Uma parcela significativa desses trabalhos utilizou o estudo do desenvolvimento humano como base teórica para a elaboração de conceitos a serem utilizados pela profissão. Isso levou, segundo Serrett, a uma compreensão mais profunda do papel exercido pelo ambiente e pelos processos cognitivos no desenvolvimento individual (Cf. SERRETT, 1985, pp. 23-24).

No Brasil, o trabalho de Jô Benetton, que se dedicou, a partir da década de 1970, ao desenvolvimento de uma terapia ocupacional psicodinâmica, merece destaque. Ocuparemos de sua proposta de intervenção no capítulo dedicado à relação da terapia ocupacional com a psicanálise.

O uso de conceitos de diferentes disciplinas, como a sociologia, a psicologia, a biologia etc., para fundamentar a prática da terapia ocupacional deu origem a distintas linhas de atuação. Elas podem ser compreendidas a partir do estudo que Berenice Rosa Francisco, realizou em seu livro *Terapia Ocupacional* (2001), sobre modelos de processo em terapia ocupacional. Esses modelos serão vistos em detalhe a seguir.

Vimos anteriormente que em seus primórdios a terapia ocupacional possuía uma unidade de atuação que se revelava em sua literatura. A profissão buscava identificar o significado da

ocupação humana e seu impacto no cotidiano de seus pacientes. Partindo das concepções desenvolvidas por Adolf Meyer, os primeiros autores da profissão partiam do princípio de que os seres humanos possuem uma natureza ocupacional, que a doença poderia atuar interrompendo ou impossibilitando essa ocupação e, por último, que, através da ocupação, o comportamento poderia ser reorganizado. (Cf. KIELHOFNER apud FRANCISCO, 2001, p. 29). A atividade mantinha a organização e o equilíbrio do corpo a partir da alternância entre trabalho, descanso, lazer e sono.

Ao longo do séc. XX, apareceram diversas linhas de atuação e fundamentação em terapia ocupacional. Elas surgiram a partir da incorporação de diferentes filosofias e ideologias à profissão, como tentativas de preencher a lacuna decorrente da divisão histórica precoce entre teoria e prática. A partir desse panorama, Berenice Rosa Francisco traçou um perfil dos principais modelos de atendimento utilizados na terapia ocupacional. Esse perfil leva em consideração a concepção do uso da atividade, estratégias e objetivos de tratamento de cada uma das linhas apresentadas. Embora seu livro tenha sido publicado pela primeira vez em 1988 e algumas de suas concepções hoje pareçam datadas, os modelos que a autora apresenta continuam sendo úteis como introdução às distintas práticas da terapia ocupacional, uma vez que ela utiliza como referência para distingui-los o uso que fazem da atividade.

A autora afirma que a terapia ocupacional é caracterizada justamente através do meio com o qual se dispõe a tratar, ou seja, a atividade. Mas, segundo Francisco, para que a atividade possa ser considerada terapia ocupacional é preciso que ela preencha quatro requisitos:

- 1- é preciso que seja vista como um espaço para criar e que seja cheia de simbolismo.
- 2- deve acontecer a partir da identificação das necessidades, problematização e superação do conflito apresentado pelo paciente.
- 3- o terapeuta deve estar ciente de que não existem, a priori, nem atividades, nem técnicas específicas para a resolução de problemas.
- 4- é necessário um profissional preparado, que se dispõe a atuar “como instrumento ou recurso terapêutico, com o propósito de incomodar, de ativar e revelar o conflito para a sua superação” (FRANCISCO, 2001, p. 17).

A partir do reconhecimento de que a atividade é o meio através do qual se caracteriza a profissão, Francisco distingue as diferentes concepções de atividade em terapia ocupacional. A primeira delas surgiu como resposta às abordagens bioquímicas e fisiológicas da medicina, que passaram a ocupar um grande espaço dentro dos hospitais psiquiátricos e centros de

tratamento a partir das décadas de 40 e 50 do séc. XX. A terapia ocupacional sofreu uma grande pressão para desenvolver uma abordagem semelhante, que lhe conferisse um status “científico”. Nesse contexto, o “Treinamento de Hábitos” foi substituído pela aplicação de exercícios. Tendo em vista a preocupação com a sistematização da aplicação da atividade, os terapeutas ocupacionais tornaram-se especialistas em exercícios progressivos de resistência, em atividade da vida diária, em suportes funcionais, no desenvolvimento pré-vocacional etc. (Cf. FRANCISCO, 2001, p. 31).

Um dos recursos utilizados para conferir cientificidade à atividade era sua análise. A atividade era observada com o intuito de se conhecerem suas características e propriedades específicas (exigências físicas e/ou mentais). Uma vez reconhecidas, era possível então utilizá-las com o objetivo de combater determinados sintomas e desenvolver habilidades específicas. A análise da atividade também permitia graduar sua complexidade e estruturá-la em etapas ou fases distintas. A atividade deveria se adaptar ao tratamento, uma vez que sua escolha visava possibilitar o exercício da função lesada. Nessa abordagem:

A seleção de uma atividade para o tratamento deve recair sobre as possibilidades de graduação. Isto é, pode ser graduada desde curtos a longos períodos de tempo, desde movimentos grossos a movimentos finos, desde movimentos simples a movimentos complexos, desde a compreensão de instruções simples à compreensão de instruções mais complexas e assim por diante. Uma atividade, portanto, só poderá ser eleita quando possibilitar graduação. (FRANCISCO, 2001, p. 35)

As únicas atividades que se prestam ao uso como exercício são as chamadas “estruturadas”. Aqui cabe abrirmos um parêntese para definirmos o que são atividades estruturadas e desestruturadas ou expressivas. Os dois termos são muito utilizados pela terapia ocupacional. A atividade estruturada possui diversas etapas ordenadas para sua execução, por exemplo, a tapeçaria ou o crochê. As atividades expressivas não possuem uma ordenação rígida. A pintura, a modelagem ou o desenho seriam exemplos de atividades expressivas ou desestruturadas.

A atividade também pode ser vista como “produção”. Segundo Francisco:

Temos então (...) em primeiro lugar o enfoque da atividade como instrumento que permite uma investigação de como a pessoa usa seu potencial de desempenho; em segundo lugar, a atividade como instrumento que permite capacitar a pessoa, através do treinamento, à realização de uma tarefa com eficiente uso de energia e tempo. (2001, p. 38)

Nessa concepção as atividades cumprem a função de favorecer a produtividade e a execução da tarefa com a maior perfeição possível. O produto final é a meta do processo. Assim como

foi descrito acima sobre o uso da atividade como exercício, a análise das atividades aqui é vista como um recurso do terapeuta para avaliar as habilidades necessárias para a realização bem-sucedida.

Por último, e mais relevante para esta dissertação, pois é sobre esta abordagem que trabalharemos nos próximos capítulos, temos a atividade como expressão. A título de esclarecimento, porque os termos semelhantes podem gerar confusão, embora tenha feito acima a distinção entre atividades estruturadas e expressivas, não estamos tratando da mesma coisa. No uso da atividade como expressão, mesmo a atividade estruturada pode ser encarada como forma de o paciente se comunicar. Acima caracterizamos as atividades segundo suas dinâmicas próprias de realização; aqui o enfoque está no uso que o terapeuta faz delas.

Também é importante destacar que no uso da atividade como expressão encontramos distintas referências teóricas, por exemplo, o trabalho de Nise da Silveira, apoiado na teoria junguiana. Embora a abordagem psicodinâmica em terapia ocupacional também utilize a atividade como forma de expressão do paciente, ela se caracteriza, especificamente, pela influência teórica da psicanálise em sua prática clínica.

Na terapia ocupacional, os casais Fidler e Azima foram os precursores do desenvolvimento da abordagem psicodinâmica da terapia ocupacional. Seus trabalhos foram desenvolvidos nas décadas de 1950 e 1960. Eles partiram do pressuposto de que o fazer humano é repleto de conteúdo simbólico. Os autores utilizaram como referência teórica a psicanálise freudiana. Seus argumentos eram o de que a ação era um meio mais eficaz para a comunicação de sentimentos, atitudes e idealizações do que a palavra, que, para eles, se prestava mais à atuação de mecanismos de defesa, como a racionalização.¹⁹

“Na perspectiva da ação ser mais reveladora do inconsciente do que a palavra, a atividade ganha uma dimensão de expressividade, simbolismo” (FRANCISCO, 2001, p. 38).

Para esses autores, a atividade servia ao propósito da inter-relação. Era vista como um meio de expressão de sentimentos, atitudes e ideias. Mas, para eles, o papel principal no tratamento era ocupado pelo par, terapeuta-paciente. A atividade comparece em um segundo plano.

O conjunto de procedimentos, denominado por Azima de Terapia Ocupacional Dinâmica, descreve procedimentos denominados “*terapia das relações objetais*”,

¹⁹ “Processo pelo qual o sujeito procura apresentar uma explicação coerente do ponto de vista lógico, ou aceitável do ponto de vista moral, para uma atitude, uma ação, uma ideia, um sentimento etc., cujos motivos verdadeiros não percebe (...)” (LAPLANCHE e PONTALIS, 2008, p. 423)

em que, pela análise das atividades e sua aplicação no processo terapêutico para a gratificação das necessidades originalmente frustradas, o ponto de fixação pode ser abandonado e uma progressão pode ocorrer. (TEDESCO, 2007, p. 158)

Os autores se utilizam de termos como livre produção, material projetivo, criação livre e criação dirigida para explicar o uso que faziam das atividades em um contexto terapêutico.

O termo “livre criação” se refere ao que anteriormente foi definido como “atividade expressiva”. Ela não possui uma estrutura rígida de realização. Nesse caso, o paciente é livre para escolher o objeto e o material a ser utilizado, assim como a técnica de manipulação. No enquadre desenvolvido pelos Fidler e Azima, a livre produção era mais comumente utilizada para a obtenção de um diagnóstico. O resultado da livre produção era considerado como um material projetivo. Para que ele pudesse ser utilizado nessa função, eram propostos critérios e procedimentos que deveriam ser observados.

A primeira fase, a preparação, diz respeito basicamente à maneira de o paciente abordar o objeto, que objeto seleciona e as atitudes para com as pessoas que estão vivendo o processo com ele (terapeutas e pacientes). A segunda fase, de produção e acabamento, compreende o processo vivenciado pelo paciente, desde quando inicia a manipulação dos objetos disponíveis, numa certa direção, na construção ou na destruição. Essa fase pode ser dividida em duas subfases: de livre criação e de criação dirigida. Na fase de livre criação o paciente é deixado livre diante dos objetos para escolher e proceder como quiser. Portanto não há direcionamento por parte do terapeuta. Na fase de criação dirigida, um objeto é definido pelo terapeuta e selecionado para o paciente. O objeto que lhe é oferecido é deixado livre para sua manipulação. Na terceira fase, denominada associação, o paciente, após terminada a sua criação, é levado a fazer livre associação sobre o objeto. A quarta e última fase, de interpretação, caracteriza-se pelo momento em que, após criado o objeto e efetuadas as associações livres, o terapeuta passa a interpretar os acontecimentos. (FRANSCISCO, 2001, p. 43)

Para os autores citados, a interpretação realizada na última fase não possuía um caráter terapêutico, e sim diagnóstico. Embora no exemplo acima a atividade utilizada seja desestruturada, os casais Azima e Fidler acreditavam que as atividades estruturadas possibilitavam experiências muito úteis, oferecendo muitas oportunidades de comunicação e expressão. A forma pela qual o paciente utiliza determinado objeto, a escolha de uma atividade ou projeto era interpretada pelos autores em termos de defesas ou manifestação de problemas interpessoais.

No contexto apresentado por Francisco (2001) sobre o uso da atividade como expressão, podemos destacar o trabalho da psiquiatra e terapeuta ocupacional, Nise da Silveira. Nise desenvolveu seu trabalho no Hospital Psiquiátrico Nacional Pedro II, no Engenho de Dentro, a partir de 1944. Por sua posição contrária à aplicação de eletrochoques como forma de

tratamento, foi transferida para a ala de terapia ocupacional. Na época, a terapia ocupacional era vista como “menor” pelos médicos. Em 1946, fundou a “Seção de Terapêutica Ocupacional”, onde se dedicou à criação de ateliês de pintura e modelagem que permitissem aos pacientes expressarem-se simbolicamente. Para Nise da Silveira essas atividades tinham um papel muito importante ao permitirem a comunicação com pacientes mais graves. Sobre as possibilidades do uso da pintura como forma de comunicação Silveira afirma:

A comunicação com o esquizofrênico, nos casos graves, terá um mínimo de probabilidade de êxito se for iniciada no nível verbal de nossas ordinárias relações interpessoais. Isso só ocorrerá quando o processo de cura já se achar bastante adiantado. Será preciso partir do nível não verbal. É aí que se insere a terapêutica ocupacional, oferecendo atividades que permitem a expressão de vivências não verbalizáveis por aquele que se acha mergulhado na profundidade do inconsciente, isto é, no mundo arcaico de pensamentos, emoções e impulsos fora do alcance das elaborações da razão e da palavra. (1982, p. 102)

Encontramos pontos de encontro entre a obra de Silveira e a psicanalista inglesa Marion Milner. Sua contribuição teórica veremos mais adiante. As duas autoras se afinam principalmente na forma de ver as artes como ponto de comunicação e interpenetração entre as realidades interna e externa.

Decerto mundo externo e mundo interno não se acham separados por fronteiras intransponíveis. Esses dois mundos interpenetram-se em graus diferentes. Isso ocorre a cada instante na vida cotidiana e torna-se particularmente manifesto nas obras de arte, plásticas e literárias. (SILVEIRA, 1982, p. 110)

Nise da Silveira afirmava que a escuta do discurso, muitas vezes inarticulado pelo paciente esquizofrênico, torna a comunicação por meio da palavra muito difícil e, por vezes, impossível.

Mais consistência encontramos na prática das atividades ocupacionais, observando a *maneira como* são realizadas. Através desse método muita coisa será revelada em nível não verbal. Entretanto, talvez o caminho menos difícil para a penetração do mundo do esquizofrênico seja recorrer à expressão plástica. Nas imagens pintadas teremos, por assim dizer, autorretratos da situação psíquica, imagens muitas vezes fragmentadas, extravagantes, mas que ficam aprisionadas sobre tela ou papel. Poderemos sempre voltar a estudá-las. (1982, pp. 114-115)

A tarefa do terapeuta será, segundo Silveira (1982):

- 1) estabelecer uma conexão entre as imagens originárias do inconsciente e a situação emocional vivida pelo indivíduo;
- 2) estudar as pinturas em série, com o objetivo de acompanhar o desenvolvimento psíquico do paciente;

- 3) observar as repetições de motivos que aparecem nos trabalhos.

Apesar das observações realizadas por Silveira no atelier de terapêutica ocupacional sobre a eficácia da arte como instrumento terapêutico, ela afirma:

Se atualmente desenho e pintura são aceitos pela maioria dos pesquisadores como meio de acesso ao mundo interno do esquizofrênico, e método de diagnóstico, a verdade é que ainda não são muitos os que atribuem eficácia terapêutica ao ato de desenhar e pintar. (1982, p.132)

Nessa concepção:

(...) as atividades de pintura e desenho (expressivas) permitem ao doente viver um processo que lhe possibilitará dar forma às desordens internas vividas, uma vez que são instrumentos que permitem ao mesmo tempo organizar a desordem interna e reconstruir a realidade, pois, na medida em que as “imagens do inconsciente” vão sendo objetivadas nos desenhos e pinturas, tornam-se possíveis de ser tratadas. (FRANCISCO, 2001, p. 44)

Uma última abordagem em relação à atividade seria considerá-la a partir de seu potencial de transformação. Para desenvolver essa ideia, Francisco se utiliza da concepção de Marx de que a evolução humana ocorreria inserida em um contexto histórico. Esse contexto histórico deveria ser compreendido como um processo de criação do homem por si mesmo, a partir do trabalho. O homem é definido através da sua produção, e esta se dá necessariamente em um meio social. Portanto o comportamento não poderia ser concebido de outra forma, a não ser como produto social.

A autora utiliza a definição de práxis de Adolfo Sanches Vásquez para destacar o âmbito da atividade essencialmente humana. “(...) atividade propriamente humana só se verifica quando os atos dirigidos a um objeto para transformá-lo se iniciam com um resultado ou finalidade e terminam com um resultado ou produto efetivo real” (VÁSQUEZ apud FRANCISCO, 2001, p. 46).

Para Vásquez, a atividade propriamente humana aparece no trabalho, na criação artística ou na práxis revolucionária. A práxis pode assumir diversas formas de acordo com a matéria-prima sobre a qual atua, mas Francisco se detém especificamente sobre duas: a práxis produtiva (quando o homem transforma a natureza) e a práxis criadora (que ocorre motivada por uma necessidade de expressão e objetivação). Para Vásquez, é na práxis criadora que a finalidade estabelecida pela consciência pode se unir ao resultado final, ao produto. Diferentemente do que ocorreria no modo de produção capitalista, em que produção intelectual e trabalho manual se encontrariam dissociados.

Para Francisco, a terapia ocupacional que atua a partir dessa concepção teórica pode ajudar a promover uma transformação do indivíduo e do meio social ao qual pertence.

A partir das diferenças encontradas no uso da atividade, na concepção e objetivos do tratamento, Francisco chegou a três linhas básicas, ou modelos de atuação na profissão, nas quais podemos encaixar as diversas linhas de atuação da terapia ocupacional:

- 1) Modelo de processo de terapia ocupacional positivista;
- 2) Modelo de processo de terapia ocupacional materialista histórico;
- 3) Modelo de processo de terapia ocupacional humanista.

Vejam os quais são suas principais diretrizes.

No modelo de terapia ocupacional positivista, o processo terapêutico se organizaria com o objetivo de tratar uma patologia. Os procedimentos são organizados rigidamente e visam: reconhecer a patologia, estabelecer os possíveis prognósticos e traçar a estratégia terapêutica mais adequada para alcançar o objetivo proposto.

As etapas a serem seguidas são as seguintes:

- 1- Encaminhamento;
- 2- Entrevista inicial;
- 3- Avaliação (inicial e/ou completa);
- 4- Planejamento de programa de tratamento;
- 5- Tratamento;
- 6- Reavaliações;
- 7- Alta (Cf. FRANCISCO, 2001, p. 55).

Nesse tipo de abordagem o paciente vem para a terapia ocupacional, na maioria das vezes, a partir do encaminhamento de um médico. A entrevista inicial serviria para a coleta de dados que serão usados no planejamento das estratégias terapêuticas. A avaliação tem como função:

- 1- Investigar níveis de funções e comportamentos;
- 2- Investigar níveis de crescimento e desenvolvimento;
- 3- Ajudar na seleção de objetivos e os meios (atividades) para a elaboração do plano de atendimento;
- 4- Ajudar a realizar um diagnóstico diferencial;
- 5- Avaliar os resultados do tratamento (Cf. FRANCISCO, 2001, p. 58).

No modelo de terapia ocupacional positivista a relação entre terapeuta e paciente se estabeleceria apenas a partir da realização da atividade. Ao terapeuta caberia administrar as condições que tornam o tratamento possível. As atividades são vistas principalmente como exercício. Embora no âmbito da área de saúde mental também exista espaço para as atividades expressivas, elas visariam o desenvolvimento de aptidões e funções bem definidas e previamente estabelecidas.

A seguir, temos o modelo de terapia ocupacional materialista histórico, que teve importante atuação no âmbito da reforma da saúde mental no país nas décadas de 1970, 1980 e 1990. A intervenção no hospital psiquiátrico Anchieta e a implantação dos NAPS (Núcleos de Assistência Psicossocial), em Santos, são exemplos de sua prática.

Nesse modelo, a atuação da terapia ocupacional se foca no indivíduo e suas relações com o contexto social, ético, político, cultural e econômico.

Como a terapia ocupacional é uma prática de saúde que propõe o uso da atividade como recurso terapêutico, uma das possibilidades de ela vir a ser um espaço para transformar a si mesma, e assim contribuir para a transformação social mais significativa é através desse fazer. Um fazer que busca conscientizar os homens da opressão a que estão submetidos como membros de uma sociedade classista. (FRANCISCO, 2001, p. 66)

O processo terapêutico visaria auxiliar o indivíduo a perceber-se como sujeito e pertencente a uma coletividade. O paciente, chamado aqui de cliente, e o terapeuta buscam juntos desenvolver ações que o ajudem a resolver situações concretas, satisfazer desejos ou suprir necessidades. A atividade consistiria na base real e material do tratamento. Embora Francisco não explicitar quais seriam essas “bases reais” que ela chama de atividade, acredito que a autora se refere ao cotidiano do paciente, seu trabalho, suas atividades sociais etc. O paciente traz seus conceitos e ações, e o terapeuta atuaria favorecendo reflexões e discussões para identificar e tratar suas questões.

Os atendimentos nessa abordagem são primordialmente grupais, e, preferencialmente, os grupos são formados levando-se em conta a classe social à qual pertencem. Essa organização leva em conta a ideia de que a saúde é uma questão coletiva e, portanto, deveria ser tratada coletivamente. O grupo seria responsável pelo processo terapêutico.

Segundo Francisco:

O processo nada mais é que um acontecer das ações do grupo, as quais podem ser compreendidas como identificação das necessidades, elaboração de um projeto (de

atividade grupal), execução do projeto e reflexões com respeito às ações e suas implicações. (2001, p. 71)

A terapia ocupacional segundo o modelo materialista histórico considera um dos objetivos do tratamento a conscientização de classe do indivíduo e a transformação concreta de seu cotidiano.

Por último, no modelo de processo humanista não encontramos padrões preestabelecidos de desenvolvimento. A saúde é considerada como um ponto de equilíbrio entre o indivíduo e seu ambiente, sendo a doença uma consequência do desequilíbrio entre eles. Nessa concepção, reconhecemos o pensamento do fundador da terapia ocupacional, Adolf Meyer. O processo tem seu ponto de apoio na relação terapêutica, que se torna o instrumento de trabalho do terapeuta ocupacional.

O cliente traz a sua maneira de viver, a história de suas aprendizagens e o clima afetivo no que tem realizado. Cabe ao terapeuta a tarefa de tomar essa relação como medida, ser o facilitador para a aprendizagem de novas formas, oferecendo um modelo de relação, em que seja possível aprender, ensaiar, errar, ensinar, realizar naquele momento aquilo que em outro espaço não teve lugar. A atividade também é compreendida como um *outro*, concreto e com linguagem própria, linguagem que o cliente em ocasiões deverá escutar. (FRANCISCO, 2001, p. 54, grifo no original)

As atividades a serem realizadas durante o tratamento são selecionadas ou sugeridas a partir dos desejos e interesses do paciente. A proposta tem, segundo Francisco, o objetivo de promover o autoconhecimento e os processos de relação interpessoais.

(...) o esforço do terapeuta no desenvolvimento de um estilo próprio de manejo terapêutico, a fim de ser um facilitador do processo vivido pelo cliente. A aquisição dessas características depende de um autoconhecimento, o que favorece ao terapeuta a utilização de si próprio como instrumento terapêutico. (2001, p. 55)

A concepção de terapia ocupacional humanista, tal como apresentada acima por Francisco, será utilizada nos próximos capítulos como paradigma para a atuação e teorização da profissão de terapeuta ocupacional pautada no diálogo com a psicanálise. Como vimos anteriormente, a abordagem psicodinâmica é “expressiva”; portanto podemos considerá-la como uma das vertentes humanistas da terapia ocupacional.

II – A PSICANÁLISE: INOVAÇÕES TÉCNICAS QUE FAVORECERAM A INTERFACE COM A TERAPIA OCUPACIONAL

1. Início e desenvolvimento

Este capítulo tem como objetivo descrever sucintamente o início e desenvolvimento da psicanálise, tendo como fio condutor as transformações sofridas na teoria e na prática psicanalítica a partir do atendimento dos “casos difíceis”²⁰. O foco aqui não é realizar uma análise aprofundada das questões metapsicológicas que esses casos envolvem, o que fugiria do escopo deste trabalho, mas apontar as adaptações técnicas requeridas por eles. E avaliar em que medida a teoria, derivada da clínica desses casos, pode auxiliar a reflexão sobre a atuação da terapia ocupacional em saúde mental.

Utilizei como referência bibliográfica a edição espanhola das obras completas de Freud com a tradução de Luis López-Ballesteros y de Torres. As citações freudianas que aparecerão ao longo do trabalho são traduções minhas.

Esse percurso histórico terá início pelo texto do próprio Freud, *Pequeno Esboço da Psicanálise* (1923), onde estão resumidos os primeiros passos de desenvolvimento da psicanálise.

Segundo Freud, as primeiras influências para o surgimento da psicanálise aparecem com o uso do hipnotismo para o tratamento da histeria, com a qual teve contato ao estagiar no La Salpêtrière, com Charcot. Através da hipnose, Charcot conseguiu demonstrar a origem histórica de muitas paralisias vistas, na época, como decorrentes de eventos acidentais aos quais os pacientes tinham sido expostos.

Embora essa experiência tenha deixado uma marca em Freud, o ponto de partida efetivo para a psicanálise está na clínica de Breuer, que por volta de 1881 tratou uma moça com sintomas de histeria fazendo uso da hipnose. O resultado de seu trabalho foi publicado quase quinze anos mais tarde com a colaboração de Freud.

²⁰ Sob essa denominação estão incluídas as neuroses graves, os quadros bordelines e as psicoses.

Através desse caso, Breuer pôde perceber que os sintomas apresentados pela moça estavam relacionados a atos reprimidos. No lugar dessas ações suprimidas, surgiam sintomas. A origem deles podia ser encontrada na dinâmica psíquica da paciente, e suas origens permaneciam inacessíveis à sua vida consciente. O conceito de inconsciente, que já era discutido no âmbito da filosofia e cuja existência havia sido comprovada pelos experimentos de Charcot, foi confirmado no tratamento da paciente de Breuer que fez sua entrada na história da psicanálise como Anna O.

O caso de Anna O. foi publicado em 1895 nos *Estudos sobre Histeria*. No livro já se vislumbrava uma teoria sobre mecanismos psíquicos, inferida a partir da observação das respostas da paciente ao tratamento. Os sintomas histéricos apareciam quando um processo psíquico dotado de intensa carga afetiva não conseguia ser elaborado pela consciência, desviando-se de seu caminho normal. O afeto reprimido aparecia então nos sintomas de conversão. Através da hipnose, a paciente podia liberar esse afeto, revivendo o acontecimento que havia desencadeado o sintoma. Esse método foi chamado de catarse. A catarse foi considerada por Freud como o antecessor mais direto da psicanálise. Uma das características do método, mantida desde então pela psicanálise, é que ele permitia, simultaneamente, investigar a doença e tratá-la.

Breuer abandonou o tratamento de doenças nervosas, e Freud deu um passo em direção ao estabelecimento da técnica psicanalítica ao colocar de lado a hipnose. Nem todos os pacientes eram hipnotizáveis. Além disso, seus resultados eram pouco duráveis e dependiam muito da relação estabelecida entre médico e paciente. Durante um período, após abrir mão da hipnose, Freud fez uso da sugestão, colocando a mão sobre a testa dos pacientes para incitá-los a lembrar os eventos conflitivos que poderiam estar na base de seus adoecimentos.

Com a ajuda de uma de suas pacientes²¹, Freud substituiu o método da sugestão pela associação livre. O paciente deveria comunicar todos os pensamentos que lhe viessem à mente, sem julgar previamente sua importância ou relevância. O método apoiava-se na ideia de que, por trás das associações realizadas pelo paciente, mesmo que aparentemente irrelevantes, havia um caminho que permitiria ao médico chegar às recordações suprimidas partindo do material comunicado. A interpretação desse material permitiria reconstruir as vivências por trás dos sintomas.

²¹ Senhora Emmy V. N., que, em um atendimento, se queixou das intervenções frequentes de Freud e pediu para falar livremente. (FREUD, 1895, p. 64)

Embora no início de suas investigações Freud acreditasse que a etiologia da histeria estivesse vinculada a situações traumáticas efetivamente vividas pelos pacientes, modificou posteriormente suas ideias iniciais para dar à fantasia um papel mais relevante na formação dos sintomas histéricos. Desejos inconscientes estariam na origem do fenômeno da histeria.

Durante esse processo, Freud observou que os pacientes manifestavam com frequência resistência em evocar os conteúdos esquecidos, fato que o levou a desenvolver um dos conceitos fundamentais da psicanálise: o recalque. O material havia sido esquecido porque seu conteúdo se opunha fortemente a valores (estéticos, morais) da vida de vigília. Os conteúdos recalcados diziam respeito a impulsos de ódio, crueldade e, muitas vezes, a impulsos sexuais. Os sintomas apareciam como uma defesa contra as recordações, representações ou fantasias vinculadas a esses conteúdos.

A sexualidade aparece, assim, como um fator importante na etiologia das histerias. Em *Três Ensaio para uma Teoria Sexual* (1905), Freud se ocupou em estudar as características e o desenvolvimento do instinto sexual afirmando, ao mesmo tempo, dois pontos fundamentais: que a criança tem uma sexualidade antes ignorada pela sociedade e que essa sexualidade infantil desempenha um papel determinante na vida psíquica do adulto.

De forma esquemática podemos afirmar que os elementos fundamentais da psicanálise são, nas palavras do próprio Freud:

(...) a acentuação da vida instintiva (afetividade), do dinamismo anímico e da plenitude de sentido e determinação inclusive dos fenômenos psíquicos aparentemente mais obscuros e arbitrários, a doutrina do conflito psíquico e da natureza patológica do recalque, a concepção dos sintomas patológicos como satisfações substitutivas e a descoberta do significado etiológico da vida sexual e, muito especialmente, das ocorrências infantis da mesma. (1923a, p. 2733, tradução nossa)²²

Freud utilizou o sonho como modelo para compreender a formação dos sintomas neuróticos. A partir daí pôde inferir as diversas instâncias psíquicas envolvidas no processo de deformação do desejo inconsciente e que apareceriam, em sua forma final, no sonho.

O sonho é um ato psíquico importante e completo. Sua força propulsora é sempre um desejo por realizar. Seu aspecto, no qual nos é impossível reconhecer tal desejo, suas múltiplas singularidades e absurdos provêm da influência da censura psíquica

²² “(...) la acentuación de la vida instintiva (afectividad), del dinamismo anímico y de la plenitud de sentido y determinación incluso de los fenómenos psíquicos aparentemente más oscuros arbitrarios, la doctrina del conflicto psíquico y de la naturaleza patógena de la represión, la concepción de los síntomas patológicos como satisfacciones substitutivas y el descubrimiento de la significación etiológica de la vida sexual, y muy especialmente de los brotes infantiles de la misma.” (FREUD, 1923a, p. 2733)

que atuou sobre ele durante sua formação. Além da necessidade de escapar a esta censura, colaboraram para sua formação uma necessidade de condensar o material psíquico, um cuidado de que fosse possível sua representação por meio de imagens sensoriais e, além disso – mesmo que não comumente –, o cuidado de que o produto onírico total apresente um aspecto racional e inteligente. *De cada um destes princípios parte um caminho que conduz a postulados e hipóteses de ordem psicológica.* (FREUD, 1900, p. 670, grifos meus, tradução nossa)²³

Os conteúdos tornam-se conscientes como resultado do funcionamento de determinados sistemas, inconsciente, pré-consciente e consciente, descritos por Freud no capítulo VII da *Interpretação dos Sonhos* (1900).

Outro ponto fundamental na teoria freudiana é o papel desempenhado pelo Complexo de Édipo nos casos de neurose estudados por Freud. A relação conflituosa vivida pelo paciente em relação a seus pais na infância é atualizada na relação paciente/analista no fenômeno da transferência afetiva.

Com a publicação de *Psicopatologia da Vida Cotidiana* (1901), Freud põe à prova, com sucesso, a aplicação da teoria psicanalítica para explicar dois fenômenos frequentes na vida cotidiana: os atos falhos e os sonhos, comprovando que suas inferências sobre a constituição do aparelho psíquico não se aplicavam apenas aos casos de histeria, mas também à vida psíquica “normal”.

Como dito acima, para Freud estava claro, desde *A Interpretação dos Sonhos* (1900), que a estrutura responsável pela formação do sonho era a mesma encontrada por trás dos sintomas neuróticos. Em ambos os casos, o conteúdo manifesto ocultava um desejo recalcado, que se mantinha oculto da consciência.

Assim se demonstra que na vida psíquica normal existem as mesmas forças e as mesmas relações entre elas que na patológica. A partir da interpretação dos sonhos, a psicanálise reuniu um duplo significado: não apenas uma nova terapia da neurose, mas também uma nova psicologia (...). (FREUD, 1923a, p. 2735, tradução nossa)²⁴

²³ “El sueño es un acto psíquico importante y completo. Su fuerza impulsora es siempre un deseo por realizar. Su aspecto, en el que nos es imposible reconocer tal deseo, y sus muchas singularidades y absurdidades proceden de la influencia de la censura psíquica que ha actuado sobre él durante su formación. A más de la necesidad de escapar a esta censura, han colaborado en su formación una necesidad de condensar el material psíquico, un cuidado de que fuera posible su representación por medio de imágenes sensoriales y, además – aunque no regularmente –, el cuidado de que el producto onírico total presentase un aspecto racional e inteligente. De cada uno de estos principios parte un camino que conduce a postulados e hipótesis de orden psicológico.” (FREUD, 1900, p. 670)

²⁴ “Se demuestra, pues, que en la vida psíquica normal existen las mismas fuerzas, y las mismas relaciones entre ellas, que en la patológica. A partir de la interpretación de los sueños, reunió el psicoanálisis una doble significación: no era ya solo una nueva terapia de las neurosis, sino también una nueva psicología (...).” (FREUD, 1923a, p. 2735)

Para o desenvolvimento dessa nova psicologia, a libido aparece como um conceito fundamental. Segundo Freud:

Libido significa, na psicanálise, primeiramente a energia (concebida como quantitativamente variável e mensurável) dos instintos sexuais orientados ao objeto (no sentido ampliado pela teoria psicanalítica). Do estudo subsequente, apareceu a necessidade de justapor a essa “libido do objeto” uma “libido narcisista ou libido do eu”, e os efeitos recíprocos dessas duas forças permitiram explicar inúmeros processos da vida psíquica, tanto normais quanto patológicos. Não demorou em se estabelecer a diferenciação geral entre as chamadas “neuroses de transferência” e as afecções narcisistas, que ainda que permitam a pesquisa com a ajuda da análise, opõem dificuldades fundamentais à influência terapêutica. (FREUD, 1923a, p. 2737, tradução nossa)²⁵

Embora para Freud a neurose e a psicose não estivessem separadas por limites tão rígidos, e esta última pudesse ser compreendida a partir da teoria psicanalítica, ele não acreditava na possibilidade de transferência por parte do paciente psicótico. A falta de transferência, fundamento da técnica psicanalítica, inviabilizaria, segundo Freud, o tratamento desses pacientes pela psicanálise.

Coube a K. Abraham e a Sándor Ferenczi, entre os primeiros interessados na psicanálise, o estudo e tratamento de pacientes psicóticos. Voltaremos mais adiante a abordar a contribuição de Ferenczi para o tratamento dos “casos difíceis” e das inovações técnicas propostas por ele.

O modelo de intervenção técnica desenvolvido por Freud nos primeiros anos da psicanálise apoiava-se em suas experiências com pacientes histéricos e na compreensão do funcionamento do aparelho psíquico tal como ele apresentou no capítulo VII da *Interpretação dos Sonhos* (1900), constituindo a chamada primeira tópica.

Freud trabalhou com a ideia de uma localização ou lugar psíquico, não correspondente à anatomia cerebral, composto de distintos sistemas que comporiam o aparelho psíquico. Esses sistemas guardariam entre si uma orientação específica. Assim, as excitações percorreriam o sistema em uma orientação temporal determinada.

Toda nossa atividade psíquica parte de estímulos (internos e externos) e termina em inervações. Deste modo atribuímos ao aparelho psíquico uma extremidade sensível e uma extremidade motora. Na extremidade sensível encontra-se um sistema que

²⁵ “Libido significa en el psicoanálisis, primeramente, la energía (concebida como cuantitativamente variable y mensurable) de los instintos sexuales orientados hacia el objeto (en el sentido ampliado por la teoría analítica). Del estudio subsiguiente resultó la necesidad de yuxtaponer a esta ‘libido del objeto’ una *libido narcisista o libido del yo*’, y los efectos recíprocos de estas dos fuerzas han permitido explicar multitud de procesos de la vida psíquica tanto normales como patológicos. No tardó en establecer la diferenciación general entre las llamadas ‘*neurosis de transferencia*’ y las afecciones narcisistas, aunque permiten la investigación con ayuda del análisis, oponen dificultades fundamentales a una influencia terapéutica.” (FREUD, 1923a, p. 2737)

recebe as percepções e, na motora, outro, que abre as portas da motilidade. O processo psíquico se desenvolve, no geral, passando desde a extremidade da percepção até a extremidade da motilidade. (FREUD, 1900, p. 673, tradução nossa)²⁶

De modo muito esquemático, podemos dizer que Freud dividiu o aparelho psíquico em: um sistema Percepção, responsável por acolher os estímulos sensoriais, um sistema Inconsciente, onde os traços mnêmicos gerados pelos estímulos sensoriais se associam, em decorrência das excitações que percorrem o sistema, um sistema Pré-consciente, situado já no extremo motor do aparelho psíquico, onde as ideias latentes, sob determinadas condições, poderiam tornar-se conscientes, passando, assim, ao sistema Consciente.

A interpretação do conteúdo recalcado era utilizada com o intuito de permitir que o paciente, ao acessar esse conteúdo, pudesse integrá-lo à sua vida consciente. A transferência, que a princípio havia sido vista como uma resistência ao tratamento, mais tarde tornou-se condição para que ele pudesse ocorrer, cabendo ao analista manejá-la de forma adequada.

Segundo Kupermann:

(...) a técnica freudiana apresentada entre 1910 e 1920 (...) tem como balizas a regra fundamental da *associação livre*, o *princípio da abstinência* regulando e controlando o campo transferencial e a *interpretação* como instrumento privilegiado do qual o psicanalista dispõe para remeter as repetições coloridas pela afetividade às recordações, ou seja, ao conteúdo recalcado e à elaboração que lhe é sucedânea (...). (2008, p. 90, grifos no original)

Em 1920, Freud publica *Além do Princípio do Prazer*, e três anos depois, *O Ego e o Id*. As duas obras modificaram o modelo apresentado anteriormente, introduzindo novos conceitos que terão influência no papel desempenhado pela interpretação até então.

Nas palavras do próprio Freud:

No início de nossa técnica, o médico analista não podia aspirar a outra coisa que adivinhar o inconsciente oculto para o doente, reuni-lo e comunicá-lo no momento apropriado. A psicanálise era, antes de tudo, uma ciência de interpretação. Mas dado que a questão terapêutica não ficava assim completamente resolvida, apareceu um novo propósito: o de forçar o doente a confirmar a construção por meio de sua própria lembrança. Nesse trabalho a questão principal se achava em vencer as resistências do doente e a arte consistia em descobri-las o quanto antes, mostrá-las ao paciente e movê-lo por um influxo pessoal – sugestão atuante como

²⁶ “Toda nuestra actividad psíquica parte de estímulos (internos o externos) y termina en inervaciones. De este modo adscribimos al aparato un extremo sensible y un extremo motor. En el extremosensible se encuentra un sistema que recibe las percepciones, y en el motor, otro, que abre las esclusas de la motilidad. El proceso psíquico se desarrolla en general pasando desde el extremo de percepción hasta el extremo de motilidad.” (FREUD, 1900, p. 673)

transferência – a fazer cessar as resistências. (1920, p.2514, grifos meus, tradução nossa)²⁷

Assim, a experiência clínica de Freud deslocou a importância da descoberta de um sentido oculto através da técnica interpretativa para a necessidade de vencer as resistências do paciente apoiando-se na transferência.

Ao final de sua vida, Freud fez uma distinção entre os termos “interpretação” e “construção”. “O termo ‘interpretação’ se aplica ao que se faz com algum elemento simples do material, como uma associação ou parapraxia. Mas é uma construção quando se coloca diante do sujeito analisado um fragmento de sua história anterior, que foi esquecido (...)” (FREUD, 1937, p. 3367, tradução nossa).²⁸

O analista deveria reconstituir, utilizando fragmentos de lembranças, aspectos da vida do paciente que permaneciam inconscientes.

Com as publicações de *O Ego e o Id* (1923) e *Inibições, Sintomas e Angústia* (1926), as ideias finais de Freud sobre a estrutura mental tornaram-se conhecidas, e os fenômenos mentais passaram a ser entendidos a partir da interação de três elementos: ego, id e superego.

A noção de ego esteve presente desde os primeiros trabalhos de Freud, e foi sofrendo modificações em decorrência de suas experiências clínicas ao longo dos anos. Na primeira tópica, a noção de ego aparece nas primeiras elaborações do conflito neurótico propostas pelo autor.

(...) se a segunda teoria tópica faz do ego um sistema ou uma instância, é porque, em primeiro lugar, procura ajustar-se melhor às modalidades do conflito psíquico do que a primeira teoria, da qual se pode dizer, esquematicamente, que tomava como referência principal os diferentes tipos de funcionamento mental (processo primário e processo secundário). As partes intervenientes no conflito – o ego, como agência de defesa; o superego, como sistema de interdições; o id, como polo pulsional – é que são, agora, elevadas à dignidade de *instâncias* do aparelho psíquico. (LAPLANCHE E PONTALIS, 2008, p.133, grifo no original)

²⁷ “En los albores de nuestra técnica el médico analítico no podía aspirar a otra cosa que a adivinar lo inconsciente oculto por el enfermo, reunirlo y comunicárselo en el momento debido. El psicoanálisis era ante todo una ciencia de interpretación. Mas dado que la cuestión no terapéutica no quedaba así por completo resuelta, apareció un nuevo propósito: el de forzar al enfermo a confirmar la construcción por medio de su propio recuerdo. En este labor la cuestión principal se hallaba en vencer las resistencias del enfermo, y el arte consistía en descubrirlas lo antes posible, mostrárselas al paciente y moverle por un influjo personal – sugestión actuante como *transferencia* – a hacer cesar las resistencias.” (FREUD, 1920, p.2514)

²⁸ “Él término ‘interpretación’ se aplica a alguna cosa que uno hace con algún elemento sencillo de material, como una asociación o una parapraxia. Pero es una construcción cuando uno coloca ante el sujeto analizado un fragmento de su historia anterior, que ha olvidado (...).” (FREUD, 1937, p. 3367)

Isto não implicou um abandono dos sistemas apresentados na primeira tópica, mas sim um reagrupamento de funções e processos. O sistema Percepção-Consciência, que na primeira tópica constituía um sistema à parte, passa a ser visto como um *núcleo do ego*; várias funções do pré-consciente são englobadas pelo ego, e Freud atribui ao ego uma parte inconsciente. Este último é um ponto importante para a compreensão dos fenômenos de resistência ao tratamento e da compulsão à repetição.

Do ponto de vista prático, as modificações introduzidas pela segunda tópica significaram que o analista deveria auxiliar o paciente a reparar os pontos fracos da estrutura egoica, a abandonar mecanismos defensivos custosos e a desenvolver outros menos custosos (Cf. BALINT, 1949).

Até então, segundo Balint, as principais tarefas do analista, na época, poderiam ser elencadas assim:

- 1) Reconstruir o desenvolvimento instintivo (pulsional) do paciente, principalmente os aspectos que foram reprimidos e não puderam ser integrados sob a primazia genital;
- 2) Reconstruir a história da situação edípica;
- 3) Aliviar a angústia de castração originária da situação edípica.

A mudança de enfoque era decorrente das dificuldades encontradas na clínica diante dos fenômenos do masoquismo, do sentimento de culpa, da reação terapêutica negativa e da compulsão à repetição. Freud reconhece na época a existência deste último fenômeno, não explicado pelo princípio do prazer sobre o qual se apoiava a primeira tópica, e ao qual ele atribui, tanto aos sonhos dos pacientes com neuroses traumáticas, quanto às brincadeiras infantis (Cf. FREUD, 1920, p.2513).

Fato semelhante podia ser observado durante o processo de análise. Muitas vezes o paciente não se recordava de certos acontecimentos, mas os vivia novamente como *atos*. Se a resistência se intensificava excessivamente, as lembranças eram substituídas por repetições, onde o que se repetia era tudo o que havia sido incorporado ao paciente através do recalque (as inibições, as tendências inutilizadas e as suas características patológicas) (Cf. FREUD, 1914a, p.1685).

Para Freud, a melhor forma de refrear a compulsão à repetição do paciente e transformá-la em um motivo para recordar era através do manejo da transferência. O paciente conseguiria dar um novo significado a seus sintomas baseado na transferência e assim substituir sua neurose

por uma neurose de transferência, passível de ser curada pela análise. Era preciso conceder ao paciente tempo para elaborar e dominar a resistência. Trabalho a ser realizado pelo ego.

Em 1938, Freud escreveu *Esboço de Psicanálise*, publicado postumamente em 1940. O texto permaneceu inacabado. Nele, Freud resume e alinha os fundamentos da psicanálise, reafirmando que o trabalho da análise se sustenta na associação do analista com o ego fragilizado do paciente, fortalecendo-o para que possa lidar com as exigências instintivas do id e das demandas morais do superego. Para tanto, embora fragilizado, o ego ainda deve conservar parte de sua coerência e de sua capacidade de reconhecer a realidade. Aqui Freud restringe, mais uma vez, a possibilidade de tratamento pela psicanálise aos pacientes neuróticos. Aos psicóticos estaria vedada, mesmo que provisoriamente, a ajuda terapêutica da psicanálise em função, primeiramente, de sua dificuldade em realizar a transferência e também pela fragilidade de seu ego.

Como dito anteriormente, o termo psicose foi utilizado pela primeira vez por Feurchtersleben, em 1845. O termo só apareceu na França em 1869, ganhando destaque no trabalho de Möbius²⁹, em 1892, quando o autor diferencia as doenças mentais em psicoses endógenas e exógenas.

Kraepelin, com seu livro *Manual de Psiquiatria*, preparou a primeira sistematização da disciplina, criando as entidades clínicas. Ele fundiu a mania (como era chamada na época), a melancolia, a loucura, e deu a essa entidade clínica o nome de loucura maníaco-depressiva. Do outro grupo faziam parte as psicoses delirantes, que também apresentavam aspectos motores (catatônicos). Este último grupo recebeu o nome de demência precoce. Para Kraepelin, a doença mental tinha sua origem sempre em uma questão orgânica, sendo a psicose decorrente de uma alteração do sistema nervoso.³⁰

Esse era o ambiente científico ao redor de Freud na época em que ele resolveu propor uma abordagem compreensiva do fenômeno da paranoia. Embora suas elaborações teóricas e sua prática clínica estivessem apoiadas no atendimento à neurose, em 1910, Freud publicou “Observaciones Psicoanalíticas sobre un caso de Paranoia – Caso Schreber”.

²⁹ Paul Julius Möbius (1853 – 1907), neurologista alemão.

³⁰ Em 1913, Karl Jaspers, filósofo e psiquiatra alemão (1883-1969), publicou *Psicopatologia Geral*, um marco na abordagem compreensiva da doença mental em psiquiatria. Em seu livro Jaspers demonstrou que a doença mental possuía uma estrutura caracterizada pelo comprometimento do relacionamento do paciente com o mundo, acrescido de sintomas secundários, tais como os delírios e as alucinações.

A preocupação de Freud com o tema não era nova. Já em 1895, em uma carta a Fliess, ele havia elaborado uma tentativa de compreender a paranoia como uma neurose de defesa, cujo mecanismo principal seria a projeção. Foi a partir dessa ideia que Freud realizou a leitura do livro *Memórias de um Doente de Nervos*, do presidente Schreber.

Schreber descreveu com muitos detalhes em suas memórias, seus delírios e fantasias, que envolviam transformação de seu corpo em um corpo feminino, o medo de ser violentado por seu antigo médico, a cópula com Deus e a decorrente concepção de uma nova raça de homens. Freud, amparado por suas considerações sobre as neuroses de transferência, entendeu que a paranoia de Schreber era resultado de uma defesa contra uma pulsão homossexual.

(...) o motivo da doença foi a aparição de uma fantasia optativa feminina (homossexual passiva) que tinha como objeto a pessoa do médico. Contra tal fantasia se levantou, por parte da personalidade de Schreber, uma intensa resistência e a defesa, que talvez pudesse ter adotado outras formas distintas, escolheu, por razões que desconhecemos, a de delírio persecutório. O homem desejado se transformou em perseguidor, e o conteúdo da fantasia optativa, no da perseguição. (FREUD, 1911, pp.1509-1510, tradução nossa)³¹

Segundo Freire:

Para Freud, todos os casos por ele (e seguidores) estudados tinham como pano de fundo uma defesa contra o desejo homossexual que se desenvolveu em razão de algum tipo de *frustração*, e que no caso de Schreber a mesma era atribuída às suas tentativas infrutíferas de ter um filho e continuar a linhagem dos Schreber. Ou seja, não é o desejo homossexual em si gerador de paranoia, mas diante de uma incapacidade de sublimá-lo socialmente – pela amizade, amor à humanidade em geral ou de reconhecê-lo como tal (homossexualidade) – tal desejo transforma-se na mola mestra da defesa e conseqüente formação da paranoia. (1998, p. 92)

Três anos após a publicação desse caso, Freud publicou “Sobre o narcisismo: uma introdução”. Nesse artigo ele se ocupou das parafrenias (incluídas a esquizofrenia e a paranoia) e as relacionou a uma retirada da libido das pessoas e do mundo externo e que se voltaria para o próprio sujeito.

Mais tarde, tendo elaborado a segunda tópica, Freud voltou a se ocupar da questão da psicose, mas agora não mais utilizando como referência o mecanismo de formação das neuroses, o

³¹ “(...) el motivo de la enfermedad fue la aparición de una fantasía optativa femenina (homossexual pasiva) que tenía como paño de fondo nia su objeto en la persona del médico. Contra tal fantasía se alzó, por parte de la personalidad de Schreber, una intensa resistencia, y la defensa, que quizá hubiera podido adoptar otras formas distintas, escogió, por razones que desconocemos, la de delirio persecutorio. El hombre añorado se convirtió en perseguidor, y el contenido de la fantasía optativa, en el de la persecución.” (FREUD, 1911, pp.1509-1510)

recalque. Ele redefiniu os quadros clínicos a partir das relações estabelecidas entre as instâncias: ego, superego, id e mundo externo.

No texto “Neurose e Psicose”, Freud estabeleceu a diferença entre os dois quadros clínicos de forma esquemática: “A neurose de transferência corresponde ao conflito entre ego e id; as neuroses narcisistas, a um conflito entre o ego e o superego, e a psicose, ao conflito entre o ego e o mundo exterior” (1923b, p. 2744)³². No primeiro caso o ego reprimiria as demandas do id em obediência às exigências da realidade externa, enquanto que na psicose, o ego, dependente do id, se retiraria da realidade que o frustra, criando uma outra, que não apresentaria as restrições da primeira.

O neurótico não negaria a realidade, mas também se recusaria a tomar conhecimento dela. O psicótico a negaria e tentaria substituí-la por uma realidade própria. A conduta de uma pessoa normal implicaria no movimento, não de negar a realidade, mas de transformá-la.

Existe, portanto, entre a neurose e a psicose uma nova analogia, que consiste em que ambas fracassem parcialmente no trabalho empreendido em seu segundo avanço, pois nem o instinto recalado pode encontrar uma substituição completa, neurose, nem a representação da realidade se deixa fundir em formas completamente satisfatórias, psicose. (FREUD, 1924a, p. 2747, tradução nossa)³³

O mecanismo relacionado às psicoses seria o da recusa (*Verleugnung*) ou rejeição (*Verwerfung*), enquanto que o das neuroses seria o recalque (*Verdrängung*).

Apesar de sua posição ter se mantido pouco otimista em relação ao tratamento de pacientes psicóticos, como já foi dito anteriormente, alguns analistas já vinham fazendo tentativas a esse respeito desde os anos 1920.

Freud acreditou, até o fim, que as verdadeiras indicações para a psicanálise eram as psicose neuroses de transferência e distúrbios de caráter, portanto as psicoses deveriam aguardar o desenvolvimento de uma técnica apropriada, uma vez que o método psicanalítico pressupunha a existência de um ego estruturado.

³² “La neurosis de transferencia corresponde al conflicto entre *yo* y el *ello*; las neurosis narcisistas a un conflicto entre el *yo* y el *super-yo*, y la psicosis al conflicto entre el *yo*, y el mundo exterior.” (FREUD, 1923b, p. 2744)

³³ “Existe, pues, entre la neurosis y la psicosis una nueva analogía consistente en que ambas fracasen parcialmente en la labor emprendida en su segundo avance, pues ni el instinto reprimido puede procurarse una sustitución completa, neurosis, ni la representación de la realidad se deja fundir en formas satisfactorias, psicosis.” (FREUD, 1924a, p. 2747)

Stone afirma no texto “The widening scope of indications for psycho-analysis” (1954) que Freud não era rígido em relação aos seus recursos técnicos, mas, aparentemente, não tinha interesse em desenvolver e sistematizar novas técnicas ou realizar experiências com novos grupos nosológicos.

Ainda assim, foi relativamente cedo na história da psicanálise que Abraham começou a tratar psicoses maníaco-depressivas e adições. Cedo também veio o interesse psicanalítico no caráter, começando pelo próprio Freud, seguido pelas distintas contribuições de Jones e Abraham. (STONE, 1954, p. 567, tradução nossa)³⁴

2. Sándor Ferenczi

Assim como Abraham, Sándor Ferenczi também se ocupou de pacientes graves, encontrando resistências e dificuldades na aplicação da técnica psicanalítica clássica. Em função de suas observações clínicas, propôs alterações na técnica, de forma a facilitar o processo terapêutico para esses pacientes.

Segundo Balint:

O grande problema que ocupou Ferenczi praticamente ao longo de toda a sua vida profissional foi apurar como o analista devia modificar a sua técnica a fim de permitir a seu paciente desenvolver a boa espécie e a boa quantidade de amor de transferência, que o ajudariam a realizar a adaptação necessária no decorrer de seu tratamento psicanalítico. (1967, p. xxv)

Através da observação dos elementos formais do comportamento dos seus pacientes na situação analítica, Ferenczi constatou que todos os acontecimentos na análise deveriam ser compreendidos a partir da interação entre a transferência do paciente (compulsão à repetição) e a contratransferência do analista (técnica). Uma vez que a transferência do paciente era um fator quase inalterável, qualquer modificação na situação analítica deveria partir da técnica.

Ferenczi procurava uma forma de flexibilizar a técnica de maneira a não frustrar desnecessariamente as expectativas que os pacientes tinham do analista. Para tanto, ocupou-se

³⁴ “Yet, it was still early in the history of psychoanalysis that Abraham began to treat manic-depressive psychotic conditions, and addictions. Also early came the psychoanalytic interest in character, beginning with Freud himself, followed by the distinguished contributions of Jones and Abraham.” (STONE, 1954, p. 567)

criticamente do princípio da abstinência e da frustração, que Freud preconizou em seu texto “Observações sobre o amor de transferência” (1915).

Os resultados das pesquisas de Ferenczi sobre o tema foram publicados nos textos “A adaptação da família à criança”, “O problema do fim da análise” e “Elasticidade da técnica psicanalítica”. Os três foram publicados em 1928.

Ocuparemos-nos a seguir com o texto de 1928, “Elasticidade da técnica psicanalítica”, onde Ferenczi lida com a questão do efeito traumático que a interpretação pode gerar caso seja realizada sem tato por parte do analista.

Adquiri a convicção de que se trata, antes de tudo, de uma questão de *tato* psicológico, de saber quando e como se comunica alguma coisa ao analisando, quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para extrair dele certas conclusões; em que forma a comunicação deve ser, em cada caso, apresentada; como se pode reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente; quando se deve calar e aguardar outras associações; e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente etc. (FERENCZI, 1927, p.31, grifo no original)

Para Ferenczi, tato é a faculdade de “sentir com” (*Einfühlung*). O uso do tato permitiria evitar o recrudescimento de resistências no paciente e evitar expô-lo a sofrimentos desnecessários. Da mesma forma preconizava que o analista deveria apresentar suas interpretações como proposições, mantendo uma atitude de modéstia em relação ao seu saber. Afinal, o analista é passível de cometer enganos. A parcimônia na interpretação é outro ponto que Ferenczi pôs em relevo. Uma vez que as resistências tivessem sido resolvidas, o paciente realizaria o trabalho com uma ajuda mínima por parte do analista.

O problema seguinte que Ferenczi teve que enfrentar era o de apurar até onde essa elasticidade devia ir. Suas experiências precedentes tinham-no familiarizado com dois modelos: um era o da técnica clássica, com sua passividade objetiva e benevolente, sua paciência aparentemente imperturbável e ilimitada; o outro era o da técnica ativa, com suas intervenções bem dirigidas, fundamentadas na observação atenta e na empatia. (BALINT, 1967, p. xix)

Em agosto de 1929, Ferenczi apresentou um texto para o XI Congresso Internacional de Psicanálise, em Oxford, cujo título foi “Progresso da técnica psicanalítica”. A comunicação foi publicada em 1930 como “Princípio de Relaxamento e Neocatarse”. Na apresentação fez um breve resumo histórico das técnicas empregadas na psicanálise, com o objetivo de introduzir, por fim, sua própria contribuição a essa questão.

Como vimos acima, o método da catarse, precursora da psicanálise, permitia que os sintomas das pacientes histéricas desaparecessem à medida que conseguiam correlacionar gestos e

fragmentos da fala, vivenciados em um estado alterado de consciência, com acontecimentos significativos, porém esquecidos, de sua vida pregressa.

Coube a Freud estabelecer a relação entre esse quadro patológico e os traumas sexuais infantis. O passo seguinte foi a descoberta de que muitas dessas “lembranças” eram fruto da fantasia das pacientes. Segundo Ferenczi, o progresso realizado na investigação desses casos de histeria teve grande influência no estabelecimento da técnica psicanalítica, mas gerou uma consequência indesejada: “A relação intensamente emocional, de tipo hipnótico-sugestiva, que existia entre médico e seu paciente, esfriou progressivamente para converter-se numa espécie de experiência infinita de associações, logo, um processo essencialmente intelectual” (FERENCZI, 1930, p. 63).

Diante de fracassos terapêuticos vivenciados também por Freud, houve um reconhecimento de que a afetividade deveria voltar a ocupar seu lugar na relação analista-analisando, e isso se deu através da valorização das transferências afetivas e da resistência que aparecia durante a análise.

Em sua prática como analista, Ferenczi foi introduzindo as indicações de Freud referentes à técnica, porém observou que os sucessos terapêuticos foram se tornando mais raros. Por conta própria, fez experiências de forma a tentar desencadear, através do aumento da frustração e da tensão, a repetição dos eventos traumáticos, esperando que eles tivessem um melhor encaminhamento na análise. Essas experiências foram comunicadas em seu texto “Prolongamentos da ‘técnica ativa’ em psicanálise” (1920). Com o mesmo propósito fez tentativas de colocar prazos para o fim das análises, esperando que essas medidas acelerassem o processo analítico. Artifício também utilizado por Freud e relatado no caso do “Homem dos lobos” (1914)³⁵.

Posteriormente, Ferenczi abandonou essas tentativas e dedicou-se à análise do ego, mas sentia que o vínculo com seus pacientes havia se transformado em algo semelhante à relação professor-aluno. No intuito de reverter essa situação, Ferenczi propôs que fosse concedida ao paciente uma maior liberdade na análise.

³⁵ “Decidí, no sin calcular antes la oportunidad, que el tratamiento había de terminar en un plazo determinado, cualquiera que fuese la fase a la que hubiera llegado. (...) Bajo la presión inexorable de semejante apremio cedieron su resistencia y su fijación a la enfermedad, y el análisis proporcionó entonces, en un plazo desproporcionadamente breve, todo el material, que permitió la solución de sus inhibiciones y la supresión de sus síntomas.” (FREUD, 1914, p. 1943)

(...) os conselhos de Freud não pretendiam ser, de fato, mais do que recomendações para principiantes, que deveriam protegê-los das inépcias e dos fracassos mais grosseiros, não continham quase nenhuma indicação de natureza positiva e, por conseguinte, grande liberdade era deixada a esse respeito à avaliação pessoal do analista, na medida em que pudesse explicar a si mesmo as consequências metapsicológicas de sua conduta. (FERENCZI, 1930, p.68)

A técnica psicanalítica trabalharia, na realidade, com dois princípios opostos: com o aumento da tensão pela frustração e com o relaxamento através de liberdades concedidas ao paciente durante a análise. Para Ferenczi esses dois princípios já seriam operantes, por exemplo, na associação livre, uma vez que ao mesmo tempo em que é pedido que o paciente fale de coisas que são, muitas vezes, desagradáveis, ele tem, simultaneamente, um espaço onde é livre para fazê-lo.

Sua proposta era discutir o que até então era chamado de “atmosfera psicológica”, ou seja, refletir sobre a forma de tornar acessível ao paciente o interesse afetivo do analista sem comprometer a relação transeferencial.

Segundo Kupermann:

O aspecto decisivo apreendido no curso das formulações de Ferenczi, que reside no recurso a essa categoria empregada pelos estetas do século XIX e início do século XX, é a compreensão do campo transferencial como um plano de compartilhamento afetivo que, por meio do encontro lúdico, favorece a produção de sentidos para as experiências de cada um dos parceiros da análise. (2008, p. 93)

Para Ferenczi, muitos progressos terapêuticos puderam ocorrer em decorrência da criação de possibilidades de os pacientes relaxarem em determinadas situações. As resistências dos pacientes diminuía e a análise podia progredir. O relaxamento deveria ser colocado como recurso técnico ao lado da frustração e da objetividade.

Ao comparar a atitude inicialmente obstinada e fixa do paciente com a flexibilidade que resultava do relaxamento, pode-se constatar nesses casos que o paciente vê a reserva severa e fria do analista como a continuação da luta infantil contra a autoridade dos adultos, e que repete agora as reações caracteriais e sintomáticas que estiveram na base de sua neurose propriamente dita. (FERENCZI, 1930, p. 70)

Como resultado das inovações técnicas propostas por Ferenczi, eram observadas melhoras nos pacientes. Mas não apenas isto; a partir da confiança estabelecida nesse ambiente acolhedor, em muitos deles reapareciam sintomas histéricos corporais, às vezes pela primeira vez na análise. Segundo Ferenczi:

Não era difícil, em seguida, utilizar esses sintomas para fortalecer ainda mais as reconstruções realizadas até aí, de certo modo a título de *símbolos mnêmicos*

corporais, com a diferença, porém, de que o passado, desta vez reconstruído, aderiria muito mais do que antes ao sentimento de *realidade* e de objetividade (*Dinghaftigkeit*), e, portanto, estava mais próximo, em sua natureza, de uma verdadeira *lembrança*, ao passo que até então o paciente limitava-se a falar de possibilidades, no máximo de plausibilidade, e suspirava em vão por lembranças. (FERENCZI, 1929, p. 71, grifos no original)

Embora essas experiências realizadas por Ferenczi através do método de relaxamento, e chamadas por ele de neocatarse, pudessem ser vistas como um retrocesso, para ele era apenas uma forma de confirmar o trabalho de construção analítica que já vinha sendo realizado.

A psicanálise foi concebida, inicialmente, como uma medida de resposta catártica a choques traumáticos não liquidados e a afetos imobilizados, depois voltou-se para o estudo aprofundado de fantasias neuróticas e de diferentes mecanismos de defesa. Em seguida, concentrou-se mais na exploração da relação afetiva pessoal entre o analista e o seu paciente, interessando-se mais durante os dois primeiros decênios pelas manifestações das tendências pulsionais e só mais tarde pelas reações do ego. Portanto não há por que assustar-se com o súbito aparecimento, na psicanálise moderna, de fragmentos de uma técnica e de uma teoria antigas (...). (FERENCZI, 1930, p.72)

Para Ferenczi, o material surgido dessas experiências voltava a conferir grande importância à etiologia traumática nas neuroses. Outro elemento importante observado é que a primeira reação ao choque era uma ruptura com a realidade (psicose passageira), que podia aparecer como alucinação negativa (perda da consciência, desmaio, vertigem) ou como uma alucinação positiva compensatória, uma ilusão de prazer.

(...) sendo inevitável a regressão, sobretudo nos pacientes gravemente doentes, a primeira tarefa do analista era favorecer ou, pelo menos, não impedir a regressão do paciente, ou seja, a repetição dos eventos traumáticos na situação analítica. O analista devia suportar o processo e cuidar atentamente de descobrir a tensão máxima que o paciente é capaz de suportar e de utilizar para o seu trabalho; e cuidar também de que a tensão jamais ultrapasse esse nível. Ele pensava que isso podia ser realizado se o analista desse uma resposta positiva às aspirações, aos desejos e às necessidades do paciente em estado de regressão. Assim se afastava, de forma resoluta, da regra de abstinência preconizada por Freud (...). (BALINT, 1967, p. xxi)

As medidas de relaxamento propostas por Ferenczi terminaram por diminuir a distância entre as análises infantis e as de adultos. A situação acolhedora proposta pelo analista favoreceria a rememoração, por parte do paciente, das situações traumáticas da infância, enquanto que a postura dura do analista, análoga a dos pais do paciente, o levaria à compulsão à repetição.

Para pacientes que em função de traumas particularmente severos na infância mantiveram-se imaturos, os recursos habituais da análise não seriam suficientes.

“Do que esses neuróticos precisam é de ser verdadeiramente adotados e de que se os deixe pela primeira vez saborear as bem-aventuranças de uma infância normal.” (FERENCZI, 1930, p. 77, grifo no original)

Para Ferenczi, a técnica da neocatarse permitiria ampliar as perspectivas, tanto teóricas quanto clínicas, da psicanálise.

(...) as forças intrapsíquicas apenas representam o conflito que se desenrolou na origem *entre o indivíduo e o mundo externo*. Após ter reconstruído a história do desenvolvimento do id, do ego e do superego, muitos pacientes também repetem, na experiência neocatártica, o combate original com a realidade, e a transformação desta última repetição em rememoração poderia fornecer uma base ainda mais sólida para a existência posterior. (FERENCZI, 1930, p. 78, grifos no original)

Os pacientes vivenciavam regressões durante a análise, onde se expressavam de forma parecida a das crianças, “tanto em sua dimensão lúdica quanto em sua dimensão de dor traumática” (KUPERMANN, 2008, p. 94).

Não podemos deixar de apontar o quanto essas observações realizadas por Ferenczi sobre o processo de regressão de seus pacientes mais graves antecipam o trabalho desenvolvido anos mais tarde por Winnicott, com o qual nos ocuparemos mais adiante.

As modificações introduzidas por Ferenczi em sua técnica aproximaram a análise com adultos da análise infantil, que já vinha sendo realizada, primeiramente pela analista Hermine Hug-Hellmuth e, mais tarde, por Melanie Klein e Anna Freud. Segundo o próprio Ferenczi em “Análise de crianças com adultos” (1931), a análise infantil exigiu uma adaptação da técnica psicanalítica utilizada habitualmente com os adultos no sentido de diminuir seu rigor técnico.

Embora Ferenczi não tivesse analisado crianças, sua aproximação com o tema se deu em função das vivências de regressão de seus pacientes adultos, descritas anteriormente em “Princípio de Relaxamento e Neocatarse” (1930),

(...) a partir desses procedimentos mais ou menos lúdicos, alguns pacientes começaram a mergulhar numa espécie de transe alucinatório, durante o qual encenavam para mim acontecimentos traumáticos cuja lembrança inconsciente estava igualmente dissimulada através das verbalizações lúdicas. (FERENCZI, 1931, p.83)

Para Ferenczi, a regressão desses pacientes a um estado infantil se relacionava diretamente à origem traumática de seus sintomas, ocorrida na infância. E, embora estivesse de acordo com Freud, de que um dos objetivos da análise seria levar o paciente a substituir a ação pela

lembrança, em muitos casos era possível suscitar um material atuado que poderia ser mais tarde transformado em lembrança.

Essa regressão vivida pelos pacientes durante a análise aparecia também na forma através da qual eram apresentados os conteúdos associativos.

Não é raro os pacientes trazerem-nos, muitas vezes em meio às suas associações, pequenas histórias compostas por eles, até mesmo poemas ou rimas forçadas; alguns pedem-me um lápis para me presentear com um desenho ou um retrato, em geral muito primitivo. Naturalmente, deixo-os fazer tudo isso e aceito essas pequenas doações para me servirem de ponto de partida para outras formações fantasísticas que serão mais tarde submetidas à análise. E isso, por si só, não evoca já um fragmento de análise de criança? (FERENCZI, 1931, p. 86)

O elemento lúdico fez sua aparição nas análises conduzidas por Ferenczi, e após sofrer alguns revezes na história da psicanálise, será retomado mais tarde por outros analistas, com implicações teóricas e técnicas importantes.

3. Melanie Klein

A obra de Melanie Klein está apoiada em sua experiência de análise com crianças bem pequenas, o que era uma novidade na época em que iniciou sua atuação como analista. A partir de sua clínica, Klein desenvolveu uma teoria que abarcou fases do desenvolvimento muito primitivas do psiquismo.

Foi o próprio Ferenczi que sugeriu a sua analisanda na época, Melanie Klein, ocupar-se com a análise de crianças. Sua primeira experiência com a análise infantil se deu com seu próprio filho, Erich, que sofria inibições de aprendizagem.

Segundo Stone, paralelamente às investigações realizadas nos primórdios da psicanálise por analistas como Abraham (também analista de Melanie Klein) com pacientes psicóticos, a análise de crianças levou a importantes mudanças técnicas e teóricas. “Acredito que não é supérfluo nesta ocasião mencionar a análise de crianças como um desenvolvimento especialprecoce na teoria e técnica, cujas implicações se estendem muito além das aplicações clínicas imediatas” (STONE, 1954, p. 568, tradução nossa).³⁶

³⁶ “I trust that is not superfluous on this occasion to mention child analysis as an early special development in theory and technique, whose implications extend far beyond the immediate clinical applications.” (STONE, 1954, p. 568)

Segundo Petot: “É somente quando se defrontar, na sua prática, com os problemas técnicos e teóricos da psicose infantil, que Melanie Klein será obrigada a sair em busca de instrumentos conceituais próprios que permitam sua compreensão” (2008, p. 154).

Na mesma época em que Melanie Klein iniciou seu trabalho como analista de crianças, Anna Freud também o fez, e guardando diferenças importantes em relação à primeira. Enquanto Anna Freud analisava apenas crianças na fase de latência, acreditando que elas não realizavam transferência e que o método utilizado com os adultos não se aplicava a elas, Klein defendia um manejo similar ao realizado na análise dos adultos e desaconselhava qualquer intervenção educacional.

Como dito acima, Melanie Klein desenvolveu sua técnica do brincar através de sua experiência com a análise infantil de seu próprio filho, Erich. Mais tarde, em 1923, iniciou a análise de uma menina de três anos, Rita. Os atendimentos aconteciam na casa da menina, que brincava espontaneamente com seus brinquedos. Melanie Klein analisava seu brincar, assim como havia feito anteriormente com Erich. Foram as crianças que impuseram a Klein o brincar, que, mais tarde, foi usado deliberadamente como técnica em seu consultório.

Certamente, Melanie Klein não tinha nenhuma intenção de privilegiar o brincar em relação a um outro modo de expressão, mas sua experiência anterior com Erich a habituara a compreender o significado das atividades lúdicas, e as teses protokleinianas de 1923 haviam-na armado de uma concepção claramente formulada do papel do brincar na gênese das sublimações; deste modo, podia ter referenciado nas atividades lúdicas de sua pequena paciente e considerar as brincadeiras como equivalentes das associações do adulto. (PETOT, 2008, p.88)

Diferentemente de sua contemporânea e precursora da análise infantil, Hermine Hugh-Hellmuth, Melanie Klein não concebia o brincar como uma forma de linguagem decorrente do desenvolvimento incompleto do intelecto da criança, que poderia ser usado para dialogar com ela, e sim como a tradução deformada de fantasias, transformadas em atos simbólicos, da mesma forma como ocorreria com os sonhos. Nos casos mais graves, a deformação impediria a liberdade associativa, cabendo à análise seu reestabelecimento.

Em suas características principais, a técnica kleiniana de 1923 se ancorava na interpretação do Complexo de Édipo na transferência, reconhecendo na criança a capacidade de produzir uma transferência completa a ser interpretada. Klein apontava, principalmente, a necessidade de interpretar a ansiedade manifesta na transferência negativa.

Ela considera, desde sempre, que a ansiedade é o resultado da repressão e que a deformação das brincadeiras deve ser posta na conta de uma culpabilidade

esmagadora. Graças às suas concepções “protokleinianas” de 1921-1923, sabe que o brincar é a atuação imediata das sublimações primárias³⁷ e que todas as crianças neuróticas sofrem de uma inibição do brincar, perdendo a capacidade de ressonância na vida de fantasia em virtude de seus sentimentos de culpa. (PETOT, 2008, p.96)

Mais tarde, Melanie Klein daria mais um passo adiante ao apresentar o caso de uma criança que não se encaixava no quadro de inibição neurótica descrito acima. Em 1930, publica seu artigo “A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego”, onde relata o atendimento de Dick.

O material clínico apresentado nesse artigo inaugura uma nova era. Em termos históricos, esse é o primeiro relato publicado da análise de uma criança psicótica, onde fica claro que é possível estabelecer um contato analítico e despertar o desenvolvimento, mesmo quando uma criança não tem fala, nenhuma emoção perceptível e apenas um simbolismo rudimentar. (KLEIN, nota explicativa da Comissão Editorial Inglesa, in *Amor, culpa e reparação*, 1930, p. 249)

A abordagem que Melanie Klein usará para alcançar Dick já vinha sendo preparada ao longo dos cinco anos anteriores, através de sua experiência de análise infantil. Isso permitiu que ela encontrasse rapidamente uma técnica para atendê-lo, e também que conseguisse elaborar os conceitos fundamentais de sua compreensão da psicose infantil.

No artigo em que relata o caso, Klein afirma que “(...) o desenvolvimento do ego e a relação com a realidade dependem da capacidade do indivíduo de tolerar a pressão das primeiras situações de ansiedade, já em um período muito inicial” (1930, p. 253). Porém certa quantidade de ansiedade seria necessária para que a formação de símbolos e de fantasia pudesse ocorrer. Caberia ao ego ser capaz de tolerar a ansiedade e elaborá-la de forma adequada. Caso isto não ocorresse, o desenvolvimento do ego poderia ser inibido. Essas ideias foram ilustradas no relato que Melanie Klein fez de seu pequeno paciente, Dick, uma criança que começou a ser atendida por ela aos quatro anos de idade.

Apesar de sua idade, Dick possuía um vocabulário e as habilidades intelectuais compatíveis com uma criança de 15 ou 18 meses. Não demonstrava adaptação à realidade ou vínculo afetivo com ninguém de suas relações. Klein também não observou manifestações de ansiedade em Dick. Aparentemente o menino quase não tinha interesses e tampouco a intenção de se fazer entender pelos que estavam à sua volta. Possuía grande inabilidade física e pronunciada insensibilidade à dor. As dificuldades com a alimentação estiveram presentes

³⁷ “Processo postulado por Freud para explicar atividades humanas sem qualquer relação aparente com a sexualidade, mas que encontrariam o seu elemento propulsor na força da pulsão sexual.” (LAPLANCHE e PONTALIS, 2008, p.495)

desde o início de sua vida. Segundo Klein, o menino nunca havia recebido amor verdadeiro por parte de seus pais.

No momento em que Dick iniciou sua análise, ele tinha uma babá carinhosa que o acompanhava, o que parecia ter tido um efeito positivo sobre a criança. Mas seus problemas fundamentais persistiam.

Durante o primeiro encontro, o menino não demonstrou interesse nos brinquedos que Klein possuía em seu consultório. Apesar dessa aparente falta de interesse, havia exceções: trens, estações, maçanetas e portas que se abriam e fechavam chamavam a atenção de Dick. Para Klein, eles estariam relacionados a um desejo de penetração no corpo da mãe. Do ponto de vista kleiniano, a defesa contra esses impulsos destrutivos em relação à mãe seria responsável pelo comprometimento de seu desenvolvimento.

“A defesa contra os impulsos sádicos dirigidos contra o corpo da mãe e seu conteúdo – impulsos ligados a fantasias de coito – resultou na suspensão das fantasias e na interrupção da formação de símbolos” (KLEIN, 1930, p. 256).

Uma vez que o simbolismo estava comprometido no desenvolvimento de Dick, fato observável não apenas em sua fala empobrecida, mas na sua incapacidade de desenvolver vínculos afetivos e simbólicos com objetos específicos, Melanie Klein encontrou dificuldades no andamento da análise.

Sua falta de interesse pelo ambiente em que vivia e a dificuldade de estabelecer contato com sua mente, como pude perceber a partir de certos pontos em que seu comportamento diferia do de outras crianças, eram apenas efeito dessa ausência de uma relação simbólica com as coisas. A análise, então, se viu obrigada a partir desse ponto, que era o obstáculo *fundamental* para se estabelecer contato com o menino. (1930, p. 257, grifo no original)

O que Klein fez foi nomear para o menino seu desejo de entrar no corpo da mãe, relacionando os trens de brinquedo a Dick e a seu pai. Essa intervenção gerou na criança ansiedade, manifesta em seu impulso de esconder-se e perguntar pela babá. No decorrer da análise, Dick foi capaz de demonstrar impulsos agressivos em relação aos brinquedos, o que lhe foi permitido e, em seguida, interpretado pela analista. Sua relação com os brinquedos e com as brincadeiras realizadas no consultório com Klein permitiram que ele estabelecesse uma relação simbólica com as coisas. Sentimentos como ansiedade, remorso, pena e o impulso de reparação começaram a aparecer. À medida que a análise foi lidando com sua ansiedade, Dick foi desenvolvendo um interesse pelas coisas ao seu redor e por seus nomes.

(...) se Dick foi, no fim das contas, analisado, foi justamente porque a criadora da técnica do brincar soube considerar esta inafetividade aparente como a máscara para uma ansiedade inexprimível, e não hesitou em recorrer a um método de abordagem visando fomentar – na verdade, provocar – a vida de fantasia. À medida que as sessões se sucedem, o peso da ansiedade torna-se mais evidente, as interpretações fazem-na vir à luz, o que permite superá-la após tê-la vivenciado. (PETOT, 2008, p. 168)

Após alguns meses, Dick conseguiu manifestar sinais de afeto por sua mãe e babá, e conseguiu estabelecer uma atitude condizente com o complexo de Édipo em relação a seu pai. Segundo Klein, após seis meses de análise, Dick parecia começar a criar um vínculo com a realidade.

Em função das limitações simbólicas de Dick, Melanie Klein foi obrigada a adaptar sua técnica do brincar. Até então a autora só interpretava o material que já havia sido expresso em várias representações. Klein partiu de seu conhecimento psicanalítico, tentando estabelecer uma via de acesso ao inconsciente do menino.

A originalidade de Melanie Klein reside no fato de ela relacionar a inaptidão de Dick em produzir um jogo simbólico com sua inaptidão em conservar e manejar corretamente símbolos verbais, sendo que uma e outra perturbação remetem a uma distorção mais fundamental de uma função de representação simbólica, cuja natureza cumpre então interrogar-se. (PETOT, 2008, p.161)

Para Klein, o processo de formação de símbolo seria posterior ao estabelecimento da relação de objeto, portanto, suas perturbações relacionavam-se à ansiedade decorrente dessa relação.

O caso de Dick chamou a atenção de Melanie Klein sobre a ocorrência da psicose na infância, levando-a a concluir que

(...) é preciso expandir o conceito de esquizofrenia em particular e de psicose em geral, no que diz respeito à sua ocorrência na infância. Além disso, acredito que uma das principais tarefas da análise de crianças é a descoberta e a cura das psicoses durante a infância. (KLEIN, 1930, p.263)

Sua visão da análise infantil encontra-se, entre outros numerosos trabalhos, no livro *A psicanálise de crianças*, publicado em 1932, onde a autora expõe o resultado de seus dez anos de experiência. Segundo Cintra e Figueiredo:

(...) *The Psycho-Analysis of Children* ainda não traz as grandes inovações teóricas que começarão a emergir com maior potência ao longo da década de 1930. No entanto, já constitui uma obra de peso que, segundo a própria autora, até o fim da sua vida, lança os fundamentos técnicos da análise de crianças mediante o brincar, apresentados sempre por meio de casos concretos de análise infantil por ela conduzidos. (2004, p. 39)

As fantasias, desejos e experiências reais eram expressos através do brincar, de forma simbólica, portanto para que a análise pudesse ocorrer, era necessário adaptar-se à mente da criança. Klein associou a linguagem do brincar infantil ao simbolismo presente nos sonhos dos adultos. O simbolismo presente no brincar não deveria ser apenas buscado, mas também ser relacionado aos mecanismos e métodos de representação.

“Um impacto analítico pleno só pode ser obtido se colocarmos esses elementos da brincadeira em sua verdadeira relação com o sentimento de culpa da criança por meio de uma interpretação minuciosa deles até o mais mínimo detalhe” (KLEIN, 1932, p. 28).

Para Klein a interpretação tinha uma atuação rápida sobre a criança, mesmo quando ela parecia não tê-la recebido conscientemente. Isto poderia ser observado na forma como a criança retomava um jogo interrompido, mudava ou expandia o que estava fazendo anteriormente. A interpretação liberaria a energia presa pela repressão que poderia ser investida na brincadeira. Outra característica importante na análise de crianças é que nela o ato teria mais importância para a criança como forma de expressão (*acting out*) que na análise de adultos. Ainda assim, Klein considerava que a possibilidade de utilizar a fala por parte da criança seria um dos indicativos de progresso realizado na análise:

(...) a ansiedade aguda de que sofrem só lhes permite empregar uma forma menos direta de representação. Uma vez que o modo de representação arcaico primário por meio de brinquedos e de ação é um meio essencial da expressão da criança, com toda certeza jamais poderíamos conduzir uma análise profunda de uma criança exclusivamente por meio da fala. Contudo, acredito que nenhuma análise de criança, qualquer que seja sua idade, pode ser considerada terminada a não ser que ela tenha empregado a fala em toda a sua capacidade, pois a linguagem constitui uma ponte para a realidade. (KLEIN, 1932, p.34)

Melanie Klein considerava que a diferença entre a análise de adultos e a de crianças era a técnica, não havendo diferença quanto aos seus princípios. “A análise da situação transferencial e da resistência, a remoção da amnésia infantil arcaica e dos efeitos da repressão, bem como o desvelamento da cena primária – tudo isso a técnica do brincar faz” (KLEIN, 1932, p. 35).

Mas não foram apenas alterações técnicas que derivaram da experiência kleiniana com a análise de crianças. A observação das crianças em sua atividade clínica levou Melanie Klein a reformular algumas concepções freudianas sobre o desenvolvimento infantil.

Em seu artigo “As Origens da Transferência” (1952), publicado vinte anos depois de *Psicanálise de Crianças*, Klein discutiu em que momento do desenvolvimento da criança as

relações de objeto começariam a ser atualizadas na transferência durante o processo analítico. Este havia se tornado um ponto de divergência em relação às posições do próprio Freud, e daria origem, entre outros pontos de discórdia, às famosas controvérsias Klein-Freud, ocorridas na Sociedade Britânica de Psicanálise durante os anos 1940.

Para a autora, as relações de objeto teriam seu início já nos primeiros dias de vida. O bebê sentiria muitos desconfortos decorrentes de suas condições de vida nesse período. Os desconfortos dariam origem a muita agressividade, que seria, por sua vez, dirigida ao seu primeiro objeto, a mãe. A agressividade levaria ao surgimento do medo de sofrer retaliações por parte do objeto. Ao mesmo tempo, o bebê experimentaria sensações de satisfação decorrentes dos cuidados recebidos, principalmente os relacionados à alimentação.

Melanie Klein assumiu que, desde o início, o bebê tem uma relação com sua mãe. Essa relação estaria centrada primordialmente no seio e apresentaria todas as características das relações de objeto: amor, ódio, fantasias, ansiedades e defesas.

Nos primeiros três ou quatro meses iniciais de vida, o bebê experimentaria sentimentos de amor e ódio que estariam fortemente cindidos e seriam dirigidos respectivamente ao seio bom (cuidados) e mau (desconforto e frustração). Melanie Klein denominou esse momento, fortemente marcado por vivências de cisão, negação, onipotência e idealização, de posição esquizo-paranoide.

Com o passar do tempo os sentimentos de amor e ódio começariam a ser sintetizados, dando origem à ansiedade depressiva. O bebê sentiria que sua agressividade em relação ao seio mau poderia destruir o seio bom. Isto ocorreria em função da capacidade integradora crescente do ego. Esses sentimentos do bebê se estenderiam ao pai e a outros membros da família, dando origem ao que Klein chamou de posição depressiva, que teria seu ápice ao redor dos seis meses de vida.

Nesse estágio a tendência a reparar o objeto danificado entra em plena atividade. Tal tendência, como vimos anteriormente, está inextricavelmente ligada a sentimentos de culpa. Quando o bebê sente que seus impulsos e fantasias destrutivos são dirigidos contra a pessoa completa de seu objeto amado, a culpa surge em plena força e, junto com ela, a necessidade premente de reparar, preservar ou fazer reviver o objeto amado danificado. (KLEIN, 1952b, p. 99)

Para a autora, o Complexo de Édipo teria início nessa época. O bebê, levado pela ansiedade e culpa, tenderia a aumentar a projeção de figuras más e de internalizar³⁸ as figuras boas. Tenderia também a ligar-se a outros objetos e alvos. A capacidade de simbolizar, isto é, transferir o interesse, emoções, fantasias, ansiedade e culpa de um objeto para o outro estaria ligada a esse processo.

Melanie Klein considerava que o autoerotismo e o narcisismo seriam contemporâneos das primeiras relações de objeto. Isto ocorreria porque os dois fenômenos (autoerotismo e narcisismo) seriam direcionados ao objeto bom internalizado, enquanto que, para Freud, o primeiro período de desenvolvimento do bebê estaria marcado pelo narcisismo, e as relações de objeto se estabeleceriam posteriormente.

É para esse objeto internalizado que, na satisfação autoerótica e nos *estados* narcísicos, ocorre uma retirada. Concomitantemente, desde o nascimento está presente uma relação com objetos, primariamente a mãe (seu seio). Esta hipótese contradiz o conceito de Freud de que *estágios* autoeróticos e narcísicos excluem a possibilidade de uma relação de objeto. (KLEIN, 1952a, p.74, grifo no original)

Como dito acima, este foi um dos pontos centrais das controvérsias científicas ocorridas no interior da Sociedade Britânica de Psicanálise, cujo objetivo era o de discutir as posições de Melanie Klein e Anna Freud e seus respectivos partidários em relação à teoria e técnica analíticas. Elas se estenderam entre os anos de 1941 e 1945 e dizem respeito às crescentes diferenças entre a leitura que Klein havia realizado da obra freudiana, o desenvolvimento de suas próprias concepções teóricas e as implicações que essas concepções tinham em sua prática psicanalítica e as posições tomadas pelo assim chamado grupo vienense, encabeçado por Anna Freud.

Embora as diferenças entre Klein e Anna Freud em relação à análise de crianças já existissem enquanto Freud era vivo, elas se acirraram em função da chegada da família Freud à Inglaterra em decorrência da anexação da Áustria pela Alemanha. E tornaram-se mais evidentes após o falecimento de Freud (Cf. GROSSKURTH, 1992, p. 182).

³⁸ Projeção – Termo utilizado por Freud já em 1895-1896 como mecanismo de defesa vinculado, primeiramente à paranoia. “No sentido propriamente psicanalítico, operação pela qual o sujeito expulsa de si e localiza no outro – pessoa ou coisa – qualidades, sentimentos, desejos e mesmo ‘objetos’ que ele desconhece ou recusa nele.” (LAPLANCHE e PONTALIS, 2008, p. 374)

Introjeção – Termo correlacionado à projeção, introduzido por Fereczi em *Introjeção e transferência* (1909). “O sujeito faz passar, de modo fantasístico, de ‘fora’ para ‘dentro’, objetos e qualidades inerentes a esses objetos.” (LAPLANCHE e PONTALIS, 2008, p. 248)

Anna Freud iniciara seu trabalho analítico com crianças sob a supervisão de Hermine Hug-Hellmut, acolhendo várias de suas ideias, entre elas a de que o analista deveria assumir um papel educativo, que era contraindicado analisar crianças muito pequenas e também aprofundar-se excessivamente no Complexo de Édipo, pois isto implicaria o risco de expor a criança à tendências reprimidas que ela não poderia assimilar satisfatoriamente.

Da mesma forma, Anna Freud considerava que a transferência não poderia se estabelecer naturalmente porque a criança ainda estava fortemente vinculada a seus pais, cabendo ao analista esforçar-se por conquistar sua confiança.

Apoiada em sua experiência clínica, Klein afirmava que o superego era encontrado em crianças muito mais novas do que Freud havia afirmado e que o Complexo de Édipo era decorrente do período de desmame. Para Anna Freud, entretanto, o princípio do prazer estaria preponderante nos primeiros meses de vida. Segundo Melanie Klein,

(...) este ponto de vista não leva em conta a forte relação emocional com a mãe como pessoa, que pode ser claramente observada desde pelo menos o início do segundo mês. Já nessa tenra idade, o bebê mostra interesse pela mãe para além do processo de amamentação; interrompe frequentemente a sucção para olhar o rosto da mãe, sorrir para ela, aconchegar-se no seu colo, brincar com ela; seu interesse se estende mesmoalém dela, para outros objetos. A íntima compreensão e o contato entre mãe e bebê, mesmo nessa idade, a maneira pela qual o bebê reage e responde às atitudes e sentimentos da mãe, o amor e interesse que demonstra, constituem uma relação objetal. (KLEIN, 1944, p.732)

Outro ponto de discordância em relação ao grupo de Anna Freud dizia respeito à ideia de fantasia inconsciente. As fantasias inconscientes seriam representantes psíquicos dos instintos de vida e morte e constituiriam o conteúdo primário dos processos mentais. Seriam representações não verbais e não visuais do objeto e do mundo interno, criadas a partir de experiências corporais.

A vida psíquica propriamente dita, para Anna Freud, só começava vários meses após o nascimento. Do ponto de vista da técnica, as críticas à abordagem kleiniana se concentravam na ênfase à análise do material transferencial, em detrimento dos conteúdos dos sonhos, associações livres e recordações. Como para Melanie Klein, os estágios iniciais do desenvolvimento psíquico estavam na origem das situações patológicas; as fantasias pré-verbais tinham uma importância preponderante frente aos acontecimentos da vida da criança posteriores à aquisição da fala. A análise da transferência ganhou um papel central na técnica kleiniana.

(...) sustento que a transferência origina-se dos mesmos processos que, nos estágios mais iniciais, determinam as relações de objeto. Desta forma, na análise temos de voltar repetidamente às flutuações entre objetos amados e odiados, externos e internos, que dominam o início da infância. (KLEIN, 1952a, p. 76)

A análise da transferência, tanto positiva quanto negativa, constituiu-se, para a autora, um princípio fundamental que permitiria a análise de adultos e crianças. Inclusive de pacientes esquizofrênicos. Segundo Klein, até a década de 1920 presumia-se que os pacientes esquizofrênicos não eram capazes de estabelecer transferência, portanto não poderiam ser analisados. Uma vez que as relações de objeto se estabeleceriam desde os primeiros meses de vida da criança, também os pacientes esquizofrênicos apresentariam transferência, positiva e negativa, e seriam, conseqüentemente, aptos para a análise.

O conhecimento das primeiras relações de objeto do paciente também teria implicações na técnica psicanalítica. Através dele o analista poderia aproximar-se de forma mais profunda dos papéis a ele atribuídos pelo paciente durante a análise.

Minha concepção de transferência como algo enraizado nos estágios mais iniciais do desenvolvimento e nas camadas mais profundas do inconsciente é mais ampla e envolve uma técnica através da qual os *elementos inconscientes* da transferência são deduzidos a partir da totalidade do material apresentado. (KLEIN, 1952a, p. 78, grifo no original)

Através da ligação entre o passado e as experiências presentes, o paciente conseguiria diminuir sua ansiedade e culpa, o amor e o ódio poderiam ser sintetizados e o ego se fortaleceria e se tornaria mais coeso. Criar-se-ia uma diferença entre as primeiras relações de objeto e a transferência, que seria parte do efeito terapêutico da análise.

Para Balint (1949), a teoria do desenvolvimento das relações objetais de Melanie Klein pode ser vista como uma tentativa de associar as mudanças nas relações objetais com as alterações estruturais da mente.

Essas contribuições elaboradas por Melanie Klein tiveram grande influência no desenvolvimento posterior da psicanálise, principalmente por meio das discussões realizadas dentro da Sociedade Britânica de Psicanálise, impactando os trabalhos de Winnicott e Marion Milner, autores que abordaremos a seguir.

4. D.W. Winnicott

Para a terapia ocupacional dinâmica, Winnicott tornou-se, com o passar dos anos, uma referência constante. Isto se deve, principalmente, à importância que sua teoria confere ao ambiente no processo da constituição psíquica. Também por conta de sua concepção sobre as origens dos fenômenos psicóticos e do papel desempenhado pelo brincar na técnica analítica.

Winnicott foi pediatra e analista membro da Sociedade Psicanalítica Britânica. Desenvolveu seu trabalho em meio às controvérsias entre Melanie Klein e Anna Freud, inicialmente ocupando um lugar mais próximo ao grupo kleiniano. Sua posição privilegiada como observador da relação mãe/bebê na clínica pediátrica e o atendimento a pacientes psicóticos influenciaram seu estudo sobre o desenvolvimento emocional primitivo que será apresentado com mais detalhes neste capítulo.

Winnicott foi aluno, supervisionando e colega de Melanie Klein na Sociedade Britânica de Psicanálise e foi, também, analista de seu filho Erich. Winnicott nunca se considerou um kleiniano, embora tenha sido influenciado pela ênfase kleiniana nos elementos primitivos de agressão nas crianças pequenas. Em suas contribuições teóricas, Winnicott foi além da influência recebida, conferindo grande importância ao meio ambiente no desenvolvimento infantil e no atendimento aos pacientes severamente comprometidos.

Segundo Rodman (2003), a relação Klein/Winnicott pode ser dividida em dois momentos distintos, sendo que a chegada dos Freud à Inglaterra pode ser considerada uma linha divisória entre eles. O primeiro momento foi marcado pela supervisão de seu trabalho por Klein, pela análise de Erich e sua segunda análise pessoal, realizada por Joan Riviere, seguidora de Klein. O segundo foi marcado pelas controvérsias entre Klein e Anna Freud nos anos 1940. A partir desse ponto, Winnicott começou a mostrar um pensamento cada vez mais independente.

Um dos elementos mais marcantes de sua abordagem em relação ao desenvolvimento psíquico primitivo apareceu durante um seminário em 1942. Nele Winnicott afirmou que o bebê não existia por conta própria, mas que, ao se falar dele, também se deveria fazer referência ao ambiente que o sustentava. Essa ideia esteve presente em todos seus trabalhos posteriores e está na base de sua teoria de desenvolvimento emocional (Cf. ABRAM, 1997, pp. 2-3).

Para ele tornou-se claro que o indivíduo existia em sua relação com o mundo externo. No caso dos bebês, a mãe ocupava um lugar fundamental, provendo o ambiente adequado,

principalmente nos primeiros meses de vida. O conceito de “mãe suficientemente boa”, desenvolvido por Winnicott, se aplicava às mães que possuíam a habilidade de se adaptarem ativamente às necessidades do bebê nos primeiros meses e, gradualmente, à medida que o bebê tornava-se menos dependente, poderem “desadaptar-se”. Essa adaptação ativa seria um elemento fundamental para uma constituição psíquica sadia, permitindo que a criança se desenvolvesse de acordo com seu potencial. Encontramos nessa ideia um eco da posição defendida por Ferenczi em seu texto “A adaptação da família à criança” (1927).

Em 28 de novembro de 1945, Winnicott apresentou à Sociedade Britânica de Psicanálise um texto cujo interesse era estudar o que ocorre em termos de desenvolvimento emocional com o bebê durante seus seis primeiros meses de vida, antes que ele possa se relacionar com uma pessoa completa e reconhecer a existência de um interior e um exterior. Sua hipótese era a de que a psicose tinha sua origem justamente nesses primeiros meses de vida.

Segundo Winnicott, ao longo dos seis meses iniciais de vida o bebê deveria passar por três processos fundamentais. O primeiro deles seria a *integração*, a experiência de sentir-se integrado partiria de um estado inicial de não-integração. O bebê experimentaria uma oscilação entre estados de integração e não-integração. A tendência à integração seria facilitada pela continência oferecida pelo ambiente e que apareceria na forma de cuidados corporais e afetivos. Ela também seria induzida a partir de vivências instintivas que atuariam de dentro do bebê.

O segundo processo fundamental seria a *personalização*. Definida por Winnicott como “sentimento de estar dentro do próprio corpo”. Aqui, mais uma vez a continência do ambiente e os instintos do bebê auxiliariam o processo a ocorrer. O último processo seria a *adaptação à realidade*. Segundo o autor, ela só poderia realizar-se verdadeiramente a partir do encontro das necessidades do bebê com o que o ambiente, na figura da mãe, lhe oferece. O momento de ilusão que permitiria ao bebê a experiência de criar o que necessita, vivenciado repetidamente, estaria na base de uma relação objetiva com a realidade. Da mesma forma, o cuidado da mãe em proteger o bebê da exposição a vivências para as quais não estaria preparado seria fundamental para que a adaptação à realidade pudesse ocorrer.

“Toda falha relacionada à objetividade, em qualquer época, refere-se à falha nesse estágio do desenvolvimento emocional primitivo. Somente com base na monotonia pode a mãe adicionar riqueza de modo produtivo” (WINNICOTT, 1945, p. 228).

Em 1948, no texto “Pediatria e Psiquiatria”, Winnicott enumera as tarefas realizadas pela mãe em seus cuidados com o bebê: ela existe, proporciona contato, calor corporal, possibilita a transição do estado tranquilo para o estado de excitação, providencia o alimento nos momentos adequados, permite que o bebê domine no início, introduz o mundo externo aos poucos, protege o bebê de sustos e coincidências, fornece continuidade e acredita que o bebê é um ser humano completo, dando a ele tempo para se desenvolver.

Se as falhas do ambiente, representado pela mãe, não forem excessivas, o bebê deverá ter tido contato com a realidade, integrado sua personalidade, e estará vivendo dentro de seu corpo. Caso contrário, poderão surgir três sintomas encontrados com frequência pela psiquiatria: perda de contato com a realidade, desintegração e despersonalização (Cf. WINNICOTT, 1948, pp. 237-239).

Mais tarde Winnicott acrescentará à descrição desse quadro o conceito de ansiedade inimaginável (*unthinkable anxiety*). O bebê imaturo estaria exposto a ela, que se apresentaria nas formas descritas a seguir:

- 1- Desintegração;
- 2- Cair para sempre;
- 3- Não ter conexão com o corpo;
- 4- Carecer de orientação.

A ansiedade inimaginável seria evitada pela atuação da mãe em termos de ser capaz de colocar-se no lugar do bebê e garantir os cuidados corporais necessários. Através deles o bebê alcançaria a integração, a personalização e o estabelecimento das relações de objeto, que Winnicott relacionou, respectivamente, ao cuidado, ao manejo e à apresentação dos objetos (Cf. WINNICOTT, 1962, pp. 56-59).

A intrusão do ambiente decorrente de uma falha ambiental produziria uma reação do bebê. Ela poderia levar a distorções da organização do ego e ao desenvolvimento de um falso self. Como consequência da falha materna em apoiar o ego imaturo do bebê, Winnicott cita o aparecimento dos seguintes quadros:

- esquizofrenia ou autismo;
- esquizofrenia latente;
- falsa autodefesa;

- personalidade esquizoide.

Assim, Winnicott estabeleceu uma relação entre os cuidados maternos (ambiente do bebê) e o desenvolvimento de quadros psiquiátricos em uma época em que as discussões teóricas, principalmente nos anos 1950, privilegiavam o indivíduo e seu mundo interno.

Em 1952, apresentou o texto “Psicoses e cuidados maternos”, onde declarou:

Este é um tema muitíssimo difícil e estou consciente de que muito do que pretendo dizer está sujeito a controvérsias. Ainda assim, *é necessário explorar as possibilidades de que a saúde mental, no sentido de menos vulnerabilidade aos estados esquizoides e à esquizofrenia, é constituída nas etapas muito iniciais, quando o bebê está sendo gradualmente apresentado à realidade externa.* (WINNICOTT, 1952, p. 308, grifos meus)

A percepção de que esses quadros se originavam na relação com o ambiente teve como consequência uma ampliação da abordagem terapêutica. A terapia para esses casos deveria “proporcionar uma adaptação ativa à necessidade e construir um respeito pela noção de processo” (WINNICOTT, 1952, pp. 310-311).

Winnicott distinguiu três tipos de pacientes: os que seriam capazes de funcionar como pessoas inteiras, e para os quais a técnica psicanalítica clássica era adequada, os pacientes cuja personalidade ainda não havia terminado de se integrar, para os quais se acrescentariam questões de manejo à abordagem clássica, e, finalmente, o terceiro tipo, que estaria às voltas com os primeiros estágios do desenvolvimento emocional, nos quais a estrutura da personalidade ainda não se havia integrado. Para este último grupo de pacientes, muitas vezes o manejo deveria ocupar o papel principal.

O manejo adequado permitiria que o paciente regredisse às fases onde ocorreu a falha original.

É preciso incluir na teoria do desenvolvimento de um ser humano a ideia de que é normal e saudável que o indivíduo seja capaz de defender o eu contra falhas ambientais específicas através do *congelamento da situação da falha*. Ao mesmo tempo há a concepção inconsciente (que pode transformar-se numa esperança consciente) de que em algum momento futuro haverá uma nova experiência, na qual a situação da falha poderá ser descongelada e revivida, com o indivíduo num estado de regressão dentro de um ambiente capaz de prover a adaptação adequada. (WINNICOTT, 1954, p. 378, grifo no original)

Aqui encontramos, mais uma vez, um eco ferenciano nas posições de Winnicott sobre o papel da regressão na análise de pacientes graves.³⁹ Tanto no pensamento de Ferenczi quanto no de Winnicott, a regressão à dependência traria em si a esperança de que, através de um ambiente adequado, o dano causado pela falha ambiental original pudesse ser superado.

Em “Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão”, encontram-se duas importantes indicações, que correspondem à ampliação, já visível na época, do espectro de atuação dos psicanalistas, da qual a clínica com crianças era apenas uma vertente (bastante importante, certamente, a ponto de atrair jovens pediatras como Winnicott para a formação psicanalítica): a de que o “processo” psicanalítico não pode ser reduzido a uma técnica-padrão, sendo cada analisando, segundo a sua singularidade, quem indica o “ritmo” e os “rumos” a serem seguidos; além disso, que para cada “categoria” de sofrimento psíquico o psicanalista é convocado de modo diferenciado. (KUPERMANN, 2008, p. 96)

Segundo Winnicott, Freud intuitivamente estabeleceu a situação do setting analítico, pressupondo que os pacientes haviam recebido a provisão ambiental adequada e, portanto, foram capazes de se estabelecer como pessoas completas, cujos problemas apareceriam no contexto dos relacionamentos interpessoais. O conteúdo trazido por esses pacientes deveria ser compreendido e interpretado.

Ao ocupar-se dos pacientes que sofreram falhas iniciais importantes em seu ambiente e considerar a psicose como defesa organizada de forma a lidar com essas falhas, Winnicott propõe que “... a doença psicótica pode ser tratada apenas pelo fornecimento de um ambiente especializado acoplado à regressão do paciente” (1954, p. 384, grifo meu).

Esse ambiente adequado é proporcionado através do manejo. O conceito está relacionado ao de “holding” e se refere aos cuidados com os pacientes nos settings, tanto psiquiátrico quanto psicanalítico. Possui ainda uma relação com os cuidados maternos iniciais com o bebê (Cf. ABRAM, 1997, p. 188).

Winnicott articula, portanto, o conceito de ambiente (e suas possíveis falhas) ao aparecimento de quadros psíquicos patológicos e propõe, a partir dessa concepção, uma intervenção técnica que contemple suas necessidades específicas: o manejo.

Tratar-se-ia, nesses casos [de analisandos cuja integração egoica se encontra comprometida], de criar condições de confiabilidade para que a regressão à dependência seja possibilitada. O “manejo” winnicottiano não equivale, portanto, à concepção freudiana de manejo na neurose de transferência, por meio da qual o analista busca dosar o *quantum* ótimo de frustração de maneira a dar prosseguimento à associação livre. Refere-se, ao contrário, à possibilidade de o analista adaptar-se

³⁹Ver “Princípio de Relaxamento e Neocatarse” (1930)

suficientemente bem aos modos de subjetivação do analisando, criando um “contexto analítico” adequado. (KUPERMANN, 2008, p. 97)

Como vimos acima, a relação que o indivíduo poderá estabelecer com a realidade externa dependeria, segundo Winnicott, da qualidade de suas experiências com o ambiente nos primeiros meses de vida.

No início, o indivíduo não é uma unidade. Para o observador externo, a unidade é o conjunto ambiente-indivíduo. O observador sabe que a psique individual pode ter início apenas num contexto específico. Nesse contexto o indivíduo pode vir a criar gradualmente um ambiente pessoal. (WINNICOTT, 1952, p.308)

Existiriam dois tipos diferentes de experiências nessa fase muito inicial de desenvolvimento. Na primeira, a descoberta do ambiente partiria de um movimento espontâneo por parte do bebê. Nesse caso, ele não sofreria a perda da “sensação de ser”. A outra situação descrita considera que o ambiente age de forma intrusiva, levando o bebê a reagir. Então a “sensação de ser” seria perdida e o bebê se isolaria como forma de readquiri-la. Este último tipo de experiência levaria às distorções psicóticas no conjunto ambiente-indivíduo. Essas experiências deveriam ser entendidas no tempo, como processos.

Outro aspecto importante no estabelecimento de uma relação com a realidade externa e em sua diferenciação da realidade interna seria a experiência da ilusão. Adaptando-se às necessidades do bebê, a mãe proporcionaria a ele a ilusão de criar justamente o que precisa. Ao oferecer o seio no momento que o bebê está pronto para criá-lo, a mãe permite que possa surgir o fenômeno subjetivo “seio da mãe”.

Winnicott ocupou-se com esse tema em um de seus textos fundamentais “Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais”, de 1951. Para o autor, além das realidades externa e interna, existiria uma terceira área, uma área intermediária de experimentação para a qual contribuiriam as duas primeiras. Essa área seria a substância da ilusão, admitida na infância e que, na vida adulta seria inerente à arte e à religião.

Entre a experiência subjetiva e a objetiva, haveria um caminho a ser percorrido e que teria início com a primeira posse não-eu. Um ursinho, uma boneca, a ponta de um cobertor, o balbucio da criança antes de dormir, todos seriam fenômenos que, potencialmente, ocorreriam nessa área intermediária, não fazendo parte do corpo do bebê, mas também não fazendo parte da realidade exterior.

Introduzi as expressões “objeto transicional” e “fenômeno transicional” para designar a área intermediária da experiência, entre o polegar e o ursinho, entre o

erotismo oral e a verdadeira relação objetal, entre a atividade da criatividade primária e a projeção do que já teria sido introjetado, entre a não consciência primária da dívida e o reconhecimento da dívida (Diz: "bigado"!)." (WINNICOTT, 1951, p. 317)

Winnicott descreveu as características dos objetos transicionais nos seguintes termos: o bebê assumiria seus direitos sobre ele com a concordância dos adultos, seria objeto de demonstrações de afeto, amor e ódio, deveria permanecer o mesmo – salvo que a modificação fosse decorrente da ação da criança –, deveria sobreviver ao amor e ao ódio instintivo, também deveria dar a impressão de calor, textura, vitalidade ou realidade própria, o objeto transicional é reconhecido como realidade externa pelos adultos, mas não pelo bebê; embora não seja uma alucinação, ele perderia o sentido com o passar do tempo, não sendo esquecido nem havendo luto por ele.

Sobre a relação entre o objeto transicional e o simbolismo, Winnicott afirmou:

Quando o simbolismo é empregado, o bebê já pode distinguir claramente entre fato e fantasia, entre objetos internos e externos, entre criatividade primária e percepção. Mas o termo "objeto transicional", segundo a minha sugestão, abre espaço para a possibilidade de aceitar diferenças e similaridades. Creio que haveria utilidade para um termo que indicasse a raiz do simbolismo no tempo, um termo que descrevesse a travessia do bebê desde a subjetividade até a objetividade. E acredito que o objeto transicional (a ponta do cobertor etc.) é o aspecto visível dessa travessia em direção à experimentação. (WINNICOTT, 1951, p. 321)

Os objetos e fenômenos transicionais estariam presentes no brincar da criança pequena quando está completamente envolvida em sua brincadeira. A abordagem winnicottiana sobre o brincar será tratada mais adiante.

Outro tema importante estudado por Winnicott, refletindo-se em suas considerações sobre a técnica psicanalítica, foi o processo de transformação das relações com o objeto ao longo do processo de maturação do indivíduo.

Enquanto depende completamente do ambiente, o bebê teria a ilusão de criá-lo onipotentemente. Não haveria nesse momento uma separação entre eu/outro, e o objeto que se constitui desse modo foi chamado por Winnicott de "objeto subjetivo". A ilusão da criação do mundo, a experiência de onipotência, seria a base a partir da qual a relação com a realidade externa poderá ser gradualmente estabelecida.

O objeto subjetivo precisará ser destruído e sobreviver a essa destruição para que o indivíduo possa fazer uso dos objetos na realidade compartilhada. Nas palavras de Winnicott:

Pode-se observar essa sequência: (1) O sujeito *relaciona-se* com o objeto. (2) O objeto está em processo de ser encontrado, ao invés de ter sido colocado pelo sujeito no mundo. (3) O sujeito *destrói* o objeto. (4) O objeto sobrevive à destruição. (5) O sujeito pode *usar* o objeto. (1971, p.131, grifos no original)

Essa compreensão sobre o caminho percorrido na relação com o objeto se reflete na posição que o analista deverá ocupar na análise dos pacientes graves.

Primeiramente, deve-se proporcionar ao analisando traumatizado a regressão à dependência e a *relação de objeto*, esta última equivalente à concepção tradicional de relação transferencial – projeção dos afetos do analisando atualizados sobre a figura do analista. Porém, com o ganho de independência do analisando e a percepção de que o psicanalista se encontra fora da área do seu controle onipotente, há uma passagem da capacidade de relacionar-se com o objeto para a capacidade de *uso de um objeto* com o qual se pode brincar e, brincando, produzir sentidos compartilhados inéditos para a experiência de si e do campo da objetividade. (KUPERMANN, 2008, pp. 101-102, grifos no original)

Outro aspecto que indicaria uma crescente maturidade emocional seria a capacidade de estar só. O fenômeno apareceria na clínica como um silêncio prolongado, ou uma sessão silenciosa, não representando uma resistência por parte do paciente, mas a conquista da capacidade de estar só.

“Embora muitos tipos de experiência levem à capacidade de ficar só, há um que é básico, e sem o qual a capacidade de estar só não surge; *essa experiência é a de ficar só, como lactente ou criança pequena, na presença da mãe*” (WINNICOTT, 1958, p. 32, grifo no original).

Seria através da capacidade de estar só na presença de alguém – no caso da criança pequena, sua mãe – que esta habilidade poderia ser adquirida. Através desses momentos em que o ambiente pode tornar-se acolhedor e não intrusivo, seria formado o que Winnicott chamou de self. O self permaneceria secreto e incomunicável, e o indivíduo poderia acessá-lo nos momentos de relaxamento e não-integração.

É somente quando só (isto é, na presença de alguém) que a criança pode descobrir sua vida pessoal própria. A alternância patológica é a vida falsa fundamentada em reações a estímulos externos. Quando só no sentido que estou usando do termo, e somente quando só, é a criança capaz de fazer o equivalente ao que no adulto chamamos relaxar. (WINNICOTT, 1958, p. 35)

Para Winnicott, portanto, o silêncio, não como retraimento ou resistência, mas como experiência de estar só na presença do analista, seria uma conquista do paciente em seu processo analítico.

Em seu último livro, publicado postumamente, *O Brincar e a Realidade* (1971), Winnicott pode sintetizar sua experiência clínica e seus conceitos de objetos e fenômenos transicionais em sua teorização sobre o brincar e em suas implicações na técnica psicanalítica.

O brincar ocorreria em um espaço entre a mãe e o bebê, chamado de espaço potencial. O espaço potencial seria variável, em função das experiências entre mãe e bebê, entre mundo interno e a realidade externa. “A importância do brincar é sempre a precariedade do interjogo entre a realidade psíquica pessoal e a experiência de controle de objetos reais.” (WINNICOTT, 1971a, p. 71)

A intenção de Winnicott era proporcionar ao paciente as condições para entrar em contato com seu self, com a sensação de estar vivo e ser ele mesmo. Alcançar esse estado seria possível respeitando-se algumas condições: primeiro o estabelecimento de condições de confiança baseadas na experiência, depois a atividade criativa, manifestada na brincadeira, e, por último, a soma dessas experiências formando a base para um sentimento do self.

Através do brincar o indivíduo pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral, o self. Essa ideia amplia o escopo da atuação do analista:

Parece-me válido o princípio geral de que *a psicoterapia é efetuada na superposição de duas áreas lúdicas, a do paciente e a do terapeuta*. Se o terapeuta não pode brincar, então ele não se adequa ao trabalho. Se é o paciente que não pode, então algo precisa ser feito para ajudá-lo a tornar-se capaz de brincar, após o que a psicoterapia pode começar. O brincar é essencial porque nele o paciente manifesta sua criatividade. (WINNICOTT, 1971a, p. 80, grifos no original)

O objetivo acima descrito não pode ser alcançado buscando-se sentido em experiências que ainda não possuem nenhum. Segundo Winnicott, seria preciso que o analista pudesse criar as condições para o paciente repousar, e observar, sem interferir, o absurdo que pode aparecer em momentos de desorganização e caos nesse repouso.

Isto nos dá indicação para o procedimento terapêutico: propiciar oportunidade para a experiência amorfa e para os impulsos criativos, motores e sensoriais, que constituem a matéria-prima para o brincar. É com base no brincar que se constrói a totalidade da existência experiencial do homem. Não somos mais introvertidos ou extrovertidos. Experimentamos a vida na área de fenômenos transicionais, no excitante entrelaçamento da subjetividade e da observação subjetiva, e numa área intermediária entre a realidade interna do indivíduo e a realidade compartilhada do mundo externo aos indivíduos. (WINNICOTT, 1971a, p. 93)

Em seu livro *A Face Estética do Self* (2005), Gilberto Safra discute, a partir da teoria winnicottiana, uma clínica na qual o objetivo seja permitir ao paciente a experiência de ser.

Essa experiência, que aparece comprometida nos pacientes muito graves, como afirma Winnicott, está ancorada na possibilidade da criança vivenciar o mundo como criação própria.

Temos, então, frente a este tipo de fenômeno, uma abordagem que privilegia o objeto como criação original do sujeito e que o preserva em sua riqueza semântica e em sua potência transformadora, sem reduzi-lo a um ou a alguns significados alcançados por um processo de tradução ou interpretação.

Quando estamos interessados no enfoque do desejo na condução da análise de um paciente, podemos acompanhar suas manifestações no discurso da própria pessoa ou em suas produções, como a psicanálise, desde Freud, nos ensinou. Porém se for necessário olharmos para a constituição do *self* que contemple o próprio ato de criar, em que o tempo, o espaço, o gesto, o objeto, os símbolos são fundamentais em si mesmos. (SAFRA, 2005, p. 21)

A clínica que deriva dessa concepção privilegiaria o setting terapêutico, não como lugar de cognição, mas como espaço de experiência. Nesse contexto, gostaria de introduzir a vinheta clínica de Luisa, minha paciente em terapia ocupacional por dois anos e meio.

Conheci Luisa em um CAPS-I⁴⁰ para o qual tinha sido enviada depois de ter recebido o diagnóstico de autismo. Tinha quatro anos e era filha única. Dependia da mãe para se alimentar e ainda usava fraldas. Não utilizava nenhuma palavra para se comunicar. Manifestava sua satisfação com risos e seu desconforto com um choro bastante sentido.

Luisa frequentava a instituição duas vezes por semana, onde participava de oficinas de música e jogos com outras crianças e passava por atendimentos individuais com uma psicóloga e comigo, em terapia ocupacional.

Na sala de atendimento sentava-se de pernas abertas, colocando os dedos da mão nos ouvidos e nos cantos da boca, como se estivesse usando um telefone, olhando para cima, aparentemente sem nos ver. Os atendimentos duravam eternos trinta minutos, nos quais eu tentava estabelecer contato da forma mais delicada possível. Como ela compartilhava com outras crianças autistas o gosto por fazer bolas girarem, eu levava as bolas coloridas para a sala de atendimento e tentava estabelecer um jogo entre nós. Assim que agarrava a bola que eu havia rolado até ela, virava-me as costas, entretida em fazer as bolas girarem até o fim do atendimento.

Comecei a preencher o vazio aparente da sala com música. Cantava as músicas que Luisa ouvia em outras oficinas enquanto parecia entretida girando sua bola ou o cesto de lixo que

⁴⁰ Centro de Atenção Psicossocial Infantil

para ela ocupava a mesma função. Em alguns momentos, parava de cantar e ela tirava os dedos dos ouvidos, parecendo esperar pelo próximo som.

Além da fascinação com tudo que girava – tampas, bolas, cestos – Luisa tinha se encantado com bolinhas de sabão. Corria atrás delas pelo corredor da casa, rindo de puro prazer. As bolinhas de sabão entraram em nossa sala de atendimento e fizeram companhia para as músicas que agora ela conseguia acompanhar com vocalizações bem simples. Eu soprava as bolinhas e Luisa se ocupava de estourá-las. Depois voltava correndo na expectativa de que aparecessem mais.

Um dia vi que ela olhava com interesse para a argola onde eu soprava as bolinhas. Dei a argola a ela, curiosa para ver o que faria. Imediatamente colocou-a na boca. Nesse instante me dei conta que Luisa queria soprá-las também. Como explicar sem palavras o que fazer? Soprei levemente em sua mão. Para minha grande surpresa ela entendeu. Soprou sua primeira bola de sabão para a imensa alegria de nós duas.

Poderíamos sintetizar o trabalho realizado em seus atendimentos afirmando que o objetivo terapêutico era o de criar, primeiramente, um ambiente acolhedor e confiável no qual Luisa pudesse sentir-se suficientemente segura para sair de seu isolamento. As primeiras tentativas de contato foram através da música, o que, acredito, teve um papel importante para que pudesse ser criado um objeto subjetivo. Existe uma similaridade entre essa experiência e a relatada por Safra em *A Face Estética doSelf* no atendimento de Ricardo. A melodia torna-se um meio de comunicação, demonstrando que o objeto subjetivo pode se estabelecer⁴¹. Como vimos acima, para Winnicott, o primeiro objeto seria subjetivo, e na primeira posse não-eu, a meio do caminho entre a realidade subjetiva e o reconhecimento da realidade externa, estaria o objeto transicional. Creio que podemos ver as bolinhas de sabão como o objeto transicional de Luisa.

Minha motivação na clínica era proporcionar a Luisa experiências sensoriais e relacionais prazerosas, para que o gesto em direção ao mundo partisse dela, o gesto espontâneo. A tarefa com Luisa era permitir que as experiências vividas no atendimento contribuíssem para a constituição de seu self. Tarefa que me parecia bastante anterior à possibilidade de fazer uso da palavra. Talvez por isso meu impulso, ao ver o interesse de Luisa por experimentar fazer as

⁴¹ “O objeto subjetivo nasce da experiência da ilusão, dando início à existência de um sentido de si mesmo. O objeto subjetivo acontece em um campo de experiência onipotente, onde não há diferenciação entre eu e não-eu.” (SAFRA, 2005, p. 36, em nota de rodapé)

bolinhas de sabão, tenha sido um gesto, um sopro em sua mão, a veiculação de uma experiência sensorial, corporal, não mediada pela palavra, mas efetivamente vivida.

As ideias de Winnicott sobre a área intermediária da experiência e suas implicações sobre o sentimento de estar vivo que possuem tantas implicações na clínica dos “casos difíceis” também aparecem na obra de Marion Milner com a qual nos ocuparemos a seguir.

5. Marion Milner

A escolha de Marion Milner para compor este trabalho se deve às características de sua formação como analista e teórica da psicanálise. Embora seu trabalho, até onde pude ver, não tenha se tornado referência nos textos de terapia ocupacional no Brasil, Milner desenvolveu um conceito importante para a reflexão sobre o uso de atividades artísticas no atendimento de pacientes graves: o meio maleável. O conceito surgiu a partir da articulação de suas próprias experiências com a pintura e o desenho e sua atuação na clínica como psicanalista.

Posteriormente, alguns autores da psicanálise se ocuparam das implicações teóricas e técnicas do meio maleável. Entre eles destacaremos, mais adiante, o trabalho de René Roussillon (2005). O autor discutiu e ampliou as reflexões sobre o meio maleável e considera o conceito importante para a clínica dos casos difíceis.

Uma vez que obra de Marion Milner está profundamente vinculada à suas experiências pessoais e seu trabalho, introduzirei algumas informações relevantes sobre sua biografia.

Milner estudou psicologia no University College London, onde se graduou na década de 1920. Manifestou desde jovem interesse por questões ligadas à educação e pelos estudos sobre concentração e *rêverie* realizados por Elton Mayo, com quem teve oportunidade de trabalhar quando ganhou uma bolsa de estudos para a Harvard Business School, nos EUA.

Seu treinamento psicanalítico começou em 1940, em Londres. Simultaneamente, Milner realizou observações de mães e bebês na clínica de Winnicott, no Paddington Green Children's Hospital, e começou a atender seus próprios pacientes.

Foi supervisionada por Melanie Klein e Winnicott, tendo se tornado analisanda, colega e amiga deste último.

“Na Sociedade Britânica, Marion Milner era próxima em temperamento e talento a Winnicott. Sua ampla imaginação visual era sempre posta a serviço daqueles atributos intelectuais que fizeram seu pensamento tão articulado e original” (RODMAN, 2003, p. 137, tradução nossa).⁴²

Na ocasião de sua entrada na Sociedade Britânica de Psicanálise, acabou por tornar-se parte do assim chamado “Middle Group”.

Parece que foi por uma casualidade que acabei não percorrendo o caminho analítico liderado por Anna Freud, nem tampouco liderado por Melanie Klein, pois eu sequer sabia da existência de uma profunda discordância tanto na teoria como na prática destas duas pioneiras da psicanálise de crianças. (MILNER, 1987, p. 18)

Durante seus primeiros anos de análise pessoal, Milner começou a fazer as associações e desenhos livres por conta própria que, posteriormente, tiveram tantas implicações em seu trabalho teórico e clínico.

O relato dessas experiências com a atividade artística apareceu no livro *On Not Being Able to Paint*.

Eu queria explorar a natureza da capacidade que a mente de cada pessoa tem de produzir retratos tão significativos, sem qualquer consciência de seu significado, feitos a rigor em um clima de brinquedo, fosse qual fosse o meio que por ventura escolhesse. (MILNER, 1950, p. 18)

A partir de sua própria vivência com a produção de desenhos livres, Milner chegou à conclusão de que a pintura poderia ser uma forma de restaurar e recriar externamente o que o indivíduo amou e destruiu, ou danificou, internamente. Encontramos aqui uma referência aos objetos internos de Melanie Klein.

Em seu texto “Situações de ansiedade infantil refletidas em uma obra de arte e no impulso criativo” (1929), Melanie Klein se utilizou do libreto de uma ópera de Ravel para ilustrar a ideia de que os ataques realizados contra os objetos internalizados dão origem à ansiedade, decorrente do medo de retaliação. Nesse contexto, Klein introduziu a história de Ruth Kjær, uma mulher que experimentava depressões recorrentes e que descobriu na pintura, principalmente na realização de retratos, uma forma de lidar com o vazio que sentia anteriormente. Para a autora os retratos que Ruth Kjær pintava dos parentes eram uma forma

⁴² “Within the British Society, Marion Milner was closest in temperament and talent to Winnicott. Her far-ranging visual imagination was always put in service of those intellectual attributes that made her thinking so original and articulate.” (RODMAN, 2003, p. 137)

de reparar os danos causados à sua mãe pelo desejo de roubar o conteúdo de seu corpo e de destruí-la. A ansiedade seria fruto do medo de retaliação por parte do objeto, transformada, mais tarde, no temor de perdê-lo.

Melanie Klein afirma: “Na análise de crianças, quando a representação dos desejos destrutivos é seguida da expressão de tendências reativas, vemos constantemente que o desenho e a pintura são utilizados como meio de restaurar pessoas” (1929, p.248).

É a partir dessa reflexão sobre o papel da pintura e do desenho como meio de restaurar os objetos internos que Milner começa a desenvolver suas próprias ideias sobre o tema. Mais tarde encontraremos referência às contribuições teóricas de Winnicott sobre o papel da ilusão e desilusão para o estabelecimento de uma relação com a realidade externa. A autora confere à pintura e ao psicanalista o papel de facilitadores para a aceitação da desilusão, podendo atuar de forma a enriquecer a relação do indivíduo com a realidade externa.

Outro ponto importante em seu estudo sobre a articulação entre a atividade artística e a relação com a realidade foi a investigação sobre os estados de consciência nos quais entrava ao pintar. Durante a realização de seus desenhos livres, Milner percebeu que mergulhava muitas vezes em um estado especial de consciência que a autora chama de “onírica”. Mas esse estado não a afastava do mundo ou inibia sua ação:“(…) era quase como jogar um jogo de psicanalista e paciente comigo mesma, a própria mão levada ao acaso, a parte observadora da mente fazendo comentários sobre o que estava sendo produzido” (MILNER, 1950, p. 84, tradução nossa).⁴³

Milner descreve esse fenômeno como um jogo, criado através de duas instâncias diferentes: ideias e ação. O jogo corria sempre o risco de ser interrompido, pois a consciência onírica era tentada a desistir de mover a mão que sustentava o lápis e permanecer apenas na fantasia. Quando esse movimento dialógico entre corpo e mente podia acontecer, os desenhos conseguiam representar ideias das quais Milner não tinha consciência prévia.

É importante diferenciar esses estados oníricos das fantasias e do sonhar acordado, que não possuem implicações na realidade externa. Os conteúdos que apareceram nos desenhos realizados por Milner pareciam trazer reflexões sobre problemas centrais do “estar vivo”. Isto só é possível, segundo a autora, porque desenhar implica ação. Na fantasia não há ação. Nos

⁴³ “(…) it was almost like playing a game of psycho-analyst and patient with oneself, one’s hand talked random, the watching part of one’s mind made running comments on what was being produced.” (MILNER, 1950, p. 84)

desenhos livres, corpo e mente se encontram na ação expressiva. Este encontro parecia ser o elemento “fertilizador” do processo.

Milner também percebeu que alguns de seus desenhos pareciam “falsos” e precisavam ser descartados logo depois de realizados. Isso acontecia quando o esboço se tornava reconhecível cedo demais, rapidamente identificado com um objeto. O fato podia ser explicado a partir da dificuldade em conviver e suportar o caos e a incerteza do que está emergindo. Uma forma de defesa contra essa incerteza seria tornar o esboço reconhecível rapidamente, antes que a ideia que procurava uma expressão tivesse alcançado a maturidade. Como resultado, aparecia uma falsa “certeza”, conferida pelo processo intelectual de reconhecimento.

Evidentemente devemos fazer a distinção entre sonhos e realidade, por exemplo, ou entre fora e dentro, corpo e mente, fazer e pensar. Mas, tendo feito a distinção, é necessário então juntar as duas partes outra vez, em um jogo e intercâmbio rítmico complexo. E o método dos desenhos livres ilustra ambos, o “interjogo” e também seus resultados surpreendentes. (MILNER, 1950, p.100, tradução nossa)⁴⁴

Para Milner, tanto a prática da atividade artística quanto sua apreciação cumprem um papel na expressão e ordenação de sentimentos disruptivos. Ao desenhar, o indivíduo procura uma ordem em seu amor ou ódio. Na apreciação da obra de arte, ele pode contemplar a tentativa de lidar com esses sentimentos, feita por outra pessoa (Cf. MILNER, 1950, p. 120).

Como resultado da realização de desenhos livres, emergia uma liberdade que não era ilusória, mas resultado de uma ação, uma atividade que reconhecia a diferença e permitia o interjogo entre sonhar e fazer.

Outro aspecto importante para que ocorresse essa relação entre as duas instâncias diferentes passava pela extrema maleabilidade do material utilizado; giz, carvão, tinta. Esses materiais, ao serem manuseados, permitiriam o estabelecimento de um diálogo entre o pensamento e uma parte do mundo externo, representado pelas marcas no papel. Por isso a arte não seria apenas a expressão de um sentimento existente a priori, mas uma experiência efetivamente vivida durante a realização do trabalho.

⁴⁴ “Certainly one has to make the distinction between dreams and reality, for instance, or between outside and inside, body and mind, doing and thinking. But having done that, it is then necessary to bring the two halves together again, in a complex rhythmic interplay and interchange. And the method of the free drawings illustrated both this interplay and also its surprising results.” (MILNER, 1950, p. 100)

As relações do pintor com o mundo externo também poderiam ser vistas em termos das necessidades do indivíduo e as necessidades do “outro”, originalmente, a mãe. A partir dessa relação, seriam estabelecidas as bases para um diálogo autêntico com o mundo externo. Quando essa relação falha, resta ao indivíduo:

- 1) negar as necessidades do outro;
- 2) retrair-se da “realidade compartilhada”, refugiando-se em fantasias;
- 3) submeter-se às demandas da realidade externa (Cf. MILNER, 1950, p. 135).

Dessa forma, aparece um grande hiato entre as realidades interna e externa. Essa brecha pode se abrir em função da inabilidade dos adultos de se adaptarem ao ritmo diferente das crianças e das dificuldades de compreenderem seus gestos.

Nesse sentido, seu trabalho se aproxima muito das ideias desenvolvidas por Winnicott sobre a importância da ilusão da criação do mundo por parte do bebê, que deve ser sustentada pela mãe para que ele possa desenvolver, mais tarde, uma verdadeira objetividade.

Para Milner, os desenhos livres ofereceriam uma oportunidade de compensar parcialmente a falha gerada pelos adultos. Os materiais usados – giz, carvão, tinta – são maleáveis e fornecem uma situação simplificada, na qual o “outro” pode tomar facilmente a forma de um sonho.

Por causa disso é possível apropriar-se novamente de uma parte do território perdido da experiência individual, encontrá-lo no modo de usar o material, em sua maleabilidade, apesar de sua irreduzível alteridade, encontrar o “outro” que inevitavelmente falha de vez em quando em seus primeiros esforços de alcançar o “estar junto”.(MILNER, 1950, p.136, tradução nossa)⁴⁵

Milner reconheceu que o material poderia servir como uma base essencial para estabelecer uma forma de relação na qual o self e o “outro” possam ter espaços de reconhecimento de suas respectivas necessidades. O analista, para ela, também atuaria como esse material maleável, devolvendo ao paciente seu próprio pensamento de forma mais clara, evitando introduzir nele suas próprias ideias.

A autora descreveu como as discrepâncias que ocorrem no decorrer do tempo entre as necessidades do indivíduo e sua satisfação terão como consequência o fato de que o que se

⁴⁵ “Because of this one could reclaim some of the lost land of one’s experience, find in the medium, in its pliability yet irreducible otherness, the ‘other’ that had inevitably had to fail one at times in one’s first efforts at realizing ‘togetherness’.” (MILNER, 1950, p.136)

quer não pode ser encontrado no mundo real, não encontrando nele um correspondente. O indivíduo não saberia o que quer, pois o que ele quer não pode ser descrito em termos do que existe. Segundo Milner, essa falta de correspondência poderia permear toda a vida do indivíduo, tornando-o louco, ou com partes loucas, podendo existir aspectos da experiência individual que nunca seriam integrados à realidade externa (Cf. MILNER, 1950, p. 137).

A partir desta observação, Milner levantou duas questões. Seria possível criar um momento de encontro entre as realidades externas e internas através do giz, papel ou do analista, em que os sonhos do paciente possam ganhar um espaço? Se esse momento é possível, através dele o indivíduo poderia, potencialmente, recriar o que ama? “(...) isso se tornou possível pelo caminho do desenho, mas mais completamente pela psicanálise, porque em ambas a situação tem limites bem definidos, em nenhuma o indivíduo está exposto às repercussões que a ação no mundo real traz” (MILNER, 1950, p. 139, tradução nossa).⁴⁶

Essas afirmações são discutidas em detalhe em seu texto de 1951, “O papel da ilusão na formação simbólica”. Nele Milner faz o relato da análise de um garoto, inicialmente sob supervisão de Melanie Klein.

O menino tinha 11 anos, e a queixa inicial era a de que ele havia se tornado quase incapaz de frequentar a escola apesar de inicialmente ter sido um excelente aluno. Durante os atendimentos, o menino assumia na brincadeira o papel de professor sádico e atribuía à analista o de mau aluno. Milner percebeu que, apesar de haver a necessidade de elaborar ressentimentos e medos edipianos, algo mais estava em jogo comprometendo a relação do paciente com a realidade externa.

O menino adotava com ela um tom de voz “fanfarrão” ao conversar, e que persistia mesmo quando não brincavam de professor sádico. Milner notou que o tom baixava sempre quando ele brincava imaginativamente com os brinquedos. Segundo a autora, através do uso de brinquedos, ele podia desenvolver uma relação diferente com a realidade externa.

(...) assim que começava a usar os brinquedos, à guisa de um meio flexível, externo a si mesmo, mas que não insistia em sua existência separada, podia em consequência

⁴⁶ “And this was made possible, both in a small way in the drawing, but more fully in psycho-analysis, because in both the situation has well-defined limits, in neither is one committed to repercussions that action in the real world brings.” (MILNER, 1950, p.139)

tratar-me amistosamente e com consideração, e até mesmo aceitar uma frustração real advinda de mim. (MILNER, 1951, p. 97)

A autora foi buscar nas artes a definição de meio flexível, ou maleável:

Aqui está, portanto, o vínculo com o uso que o artista faz de seu meio, definido pelo *Concise Oxford Dictionary* como sendo uma “substância interviente através da qual as impressões são impressas para os sentidos”; e esta matéria plástica que pode assumir a forma das fantasias da pessoa pode incluir a essência do som e da respiração que se torna nosso discurso. (MILNER, 1951, p. 104)

O pequeno paciente de Milner se tornou capaz de usá-la e a todo o ambiente como um meio maleável. Ao final da análise, ele disse à analista que, quando crescesse, daria a ela um relógio de *papier-machê*. Além de considerar que o relógio podia significar a gratidão pelo fato da analista tê-lo ajudado a recuperar sua potência, Milner viu no gesto uma forma de comunicar que a maleabilidade do *papier-machê* era parte do fator terapêutico da análise.

O menino tornou-se capaz de aceitar as características da realidade na medida em que pôde encontrar uma parte do mundo externo que era maleável, que poderia tratá-la como parte de si mesmo e usá-la como ponte entre as realidades interna e externa.

Para Milner a distinção entre o mundo interno e externo é uma conquista intelectual e afetiva. Um recurso usado pela autora para refletir sobre essa diferença é pensar em termos de ambiente externo e ambiente incorporado. Alguns de seus desenhos mostram que o ambiente incorporado se modifica de acordo com os sentimentos individuais, particularmente em resposta aos sentimentos negados.

Apesar de o ambiente incorporado ter sua origem, seu padrão básico, criado a partir do ambiente externo original, cada modificação que ele sofre é incorporada. O que é tomado no momento da incorporação como material de constituição da psique é uma relação, poderíamos dizer, intersubjetiva.

Essa discrepância entre o ambiente externo e o incorporado poderia ser uma vantagem biológica que nos permitiria enfrentar situações adversas, mas também guarda em si a possibilidade de gerar um tremendo ódio primitivo que acompanha a desilusão inerente à condição humana. O ódio é decorrente da distinção que devemos fazer entre sujeito e objeto. E é através das artes que essa divisão pode ser superada, conferindo ao sujeito e ao objeto um tipo particular de unidade.

A particularidade do processo artístico consiste em que uma pequena parte do mundo externo é alterada em sua forma “natural”; ela é transformada a partir de uma concepção interna própria, e ainda assim permanece como parte da realidade externa.

Uma vez que o objeto é, conseqüentemente, dotado de um pedaço do “eu”, não se pode mais vê-lo da mesma forma que antes, e uma vez que o “eu” da experiência interior se tornou enriquecido com um pedaço a mais da realidade externa, existe agora uma relação próxima entre desejos e o que pode realmente existir e, portanto menos razão para ódio, menos desespero por nunca achar nada que satisfaça. (MILNER, 1950, p.152, tradução nossa)⁴⁷

A arte não apenas cria uma fusão entre o que é e o que pode ser, mas também cria um caminho através do qual a realidade subjetiva pode ganhar uma forma externa de maneira a ser compartilhada, testada, verificada e transformada.

Um dos paradoxos da criatividade elencados pela autora parece ser o de romper a barreira entre o indivíduo e o outro e poder, simultaneamente, manter a diferença. Através da observação dos problemas trazidos pela tentativa de pintar, Milner concluiu que a consciência do mundo externo é, em si mesma, um processo criativo, um processo imensamente complexo, de intercâmbio entre o que vem de dentro e o que vem de fora, alternando fusão e separação (Cf. MILNER, 1950, p.171).

Quando Milner publicou seu livro *On Not Being Able to Paint*, em 1950, Winnicott escreveu:

Psicanalistas estão acostumados a pensar sobre as artes como uma fuga deliberada do reconhecimento da discrepância entre dentro e fora, desejo e realidade. Pode ser um pouco chocante para alguns deles encontrar uma psicanalista chegando à conclusão, após estudo cuidadoso, que essa ilusão deliberada pode ser a base essencial para toda a verdadeira objetividade... Visto que esse é o processo através do qual o interno se atualiza em uma forma externa e esta se torna a base, não apenas da percepção interior, mas também de todas as verdadeiras percepções do ambiente. (WINNICOTT apud SAYERS, 1950, p. xxxix)⁴⁸

⁴⁷ “Since the object is thereafter endowed with a bit of the ‘me’, one can no longer see it in quite the same way as before; and since the ‘me’ the inner experience, has become enriched with a bit more of external reality, there is now a closer relation between wishes and what can really exist and so less cause for hate, less despair of ever finding anything that satisfies.” (MILNER, 1950, p. 152)

⁴⁸ “Psycho-analysts are accustomed to thinking of the arts as will-fulfilling escapes from the knowledge of this discrepancy between inner and outer, wish and reality. It may come as a bit of a shock to some of them to find a psycho-analyst drawing the conclusion, after careful study, that this will-fulfilling illusion may be the essential basis for all true objectivity...For this is the process by which the inner becomes actualized in external form and such becomes the basis, not only of internal perception, but also of all true perception of environment.” (WINNICOTT apud SAYERS, 1950, p.xxxix)

É interessante observar o uso que Milner fez de suas observações sobre a atividade artística durante o tratamento de uma paciente esquizofrênica, Susan. Os atendimentos começaram em 1943 e se estenderam por vinte anos. O relato desse caso foi publicado em 1969 e recebeu o título *The Hands of the Living God*.

Susan havia sido submetida a um ECT (eletroconvulsoterapia) durante um período em que esteve internada. A partir desse evento, ela parecia haver perdido algo de si mesma, se queixava da ausência de sentimentos e de não se importar com nada. Foi encaminhada para análise com Milner por Winnicott.

Segundo Letley, Milner percebeu logo que sua experiência prévia no atendimento a pacientes que sofriam com sintomas neuróticos não a auxiliava muito no caso de Susan.

(...) o que ela [Milner] efetivamente dizia ou suas interpretações não tinham muito impacto, mas se ela pudesse manter essa atitude de “sustentação” calorosa, isto parecia atuar sobre ela, e em uma ocasião Susan pode começar a rir repentinamente consigo mesma e depois disso pôde dizer “até logo” naturalmente ao invés de sair em um silêncio zangado. (LETLEY, 2014, p. 106, tradução nossa)⁴⁹

A abordagem terapêutica de Milner modificou-se a partir de suas observações; ao invés de insistir com as interpretações, para as quais Susan ainda não parecia estar preparada, optou por tentar estabelecer um ambiente suficientemente seguro e confiável que pudesse sustentar o que quer que Susan viesse a fazer. A qualidade de “presença” da analista durante as sessões era mais importante que o que ela dizia.

Susan desenhou pela primeira vez em suas sessões com Milner em 6 de março de 1950, quase sete anos depois do início de sua análise. Em seguida começou a desenhar também nos intervalos entre as sessões, chegando a produzir 4 mil desenhos no espaço de nove meses. Esses foram os desenhos utilizados por Milner para compor seu livro.

Devido à grande quantidade de desenhos, a princípio Milner simplesmente os arquivava em caixas, prestando atenção apenas aos desenhos que eram discutidos durante as sessões. Para a autora, os desenhos eram uma tentativa desesperada de manter contato com um pequeno pedaço da realidade representada pelo papel. Ele se tornara um substituto da mãe ideal,

⁴⁹ “Milner comes to realise that what actually says, or her interpretations, did not have much impact:but if she ‘could keep to this warm ‘holding’ mood, (this) did seem to reach her’, and sometimes on such an occasion Susan ‘would suddenly begin to laugh at herself, and after that would say ‘goodbye’ naturally instead of stalking out in an angry silence.” (LETLEY, 2014, p. 106)

maleável e receptiva e permitia uma troca realizada em um nível não-verbal, primitivo. Os desenhos também cumpriam a tarefa de reparação de todas suas intenções e ações destrutivas e criavam uma ponte contínua de comunicação entre Susan e Milner.

Mesmo quando os desenhos não eram interpretados, ou sequer vistos, pareciam cumprir a função de espelho para Susan, papel que sua mãe não havia podido realizar. Ela parecia usá-los como substitutos da analista até a próxima sessão. Além disso, os desenhos também tinham uma função defensiva, evitando que a paciente atuasse de forma agressiva com outras pessoas ou fizesse mal a si própria.

Entre todos os possíveis significados para o fato de Susan levar seus desenhos para a analista, Milner destacou um:

Eu senti que a função primária era, como eu tinha dito, servir como uma espécie de ponte para sua aceitação dessa alteridade do mundo externo, através do fato de que eles [os desenhos] tinham uma existência real no mundo externo e, ao mesmo tempo, em seu conteúdo e forma, vinham inteiramente dela e de seu mundo interno, eles eram uma afirmação não discursiva de sua própria realidade. (MILNER, 1969, p. 269, tradução nossa)⁵⁰

Outro aspecto que mobilizou a autora durante essa análise foi a percepção da necessidade de vivenciar períodos de não-diferenciação, estados de fusão temporários como base para todo trabalho criativo, psíquico ou no mundo exterior.

(...) passei a ver o símbolo tão frequentemente usado por Susan de alternância entre dois círculos e um círculo como uma tentativa de representar visualmente a percepção desta verdade, uma imagem de sua batalha sobre como encontrar um interjogo fértil entre dualidade e unidade, o estado de unidade sendo também de indeterminação de limites, um estado que me parecia ser certamente o mesmo sobre o qual Freud havia se referido como sendo o “sentimento oceânico”. (MILNER, 1969, p.276, tradução nossa)⁵¹

O interesse de Milner estava em descobrir sob quais circunstâncias, ou condições, o estado de não-diferenciação podia ocorrer. Para a autora, uma das condições para o surgimento desse

⁵⁰ “I did feel that the primary function was, as I have said, to serve as a kind of bridge towards her acceptance of this ‘otherness’ of the external world; through the very fact that they had real existence in the outer world and at the same time, in their content and their form, came entirely from herself and her inner world, they were a non-discursive affirmation of her own reality.” (MILNER, 1969, p. 269)

⁵¹ “(...) I came to look on Susan’s so-frequently used symbol of the alternation between two circles and one circle as an attempt to portray visually a realization of this same truth, a picture of her battle over how to find a fertile interplay between a state of two-ness and one-ness, the state of indeterminacy of boundaries, a state which seemed to me to be sure the same as that which Freud talked about as the ‘oceanic feeling’.” (MILNER, 1969, p.276)

estado era a existência de um ambiente que assegurasse a proteção contra intrusões. Nas palavras de Milner, um “enquadramento protetor” (*protective framework*).

Eu também estava interessada nos aspectos mais internos do enquadre, quer dizer, em aprender como atingir estados mentais concentrados através dos quais criamos nosso próprio enquadre interno, enquadre de referência, essencial em toda produtividade mental, seja criando ideias ou trabalhos de arte, um estado no qual sustentamos um tipo de espaço interior, mas eu ainda não havia visto que uma das raízes primitivas desta capacidade poderia ser a experiência de ser sustentado nos braços da mãe até que Susan me trouxe o desenho que ela havia feito depois do ECT. (MILNER, 1969, p.277, tradução nossa)⁵²

O desenho ao qual Milner se refere foi levado à analista em 7 de janeiro de 1952. Trata-se da imagem de uma mulher carregando uma criança, mas que, ao mesmo tempo, parece sustentar a si mesma. Segundo a autora, o desenho poderia ser visto como um símbolo da fusão mãe/filho, mas também como uma forma de tornar consciente o fato de que o mundo externo da criança é o mundo interno da mãe.

Para Milner, através da comunicação com o material do desenho e com os símbolos criados no papel, Susan estabeleceu os fundamentos para comunicar-se com níveis mais profundos de si mesma, comunicação que havia sido interrompida após o ECT.

Retomemos o conceito de meio maleável criado por Milner uma vez que as reflexões em torno de sua importância para a atividade representativa desenvolvidas por Roussillon (2005, 2012) aprofundam a discussão em torno do tradicional uso de atividades da terapia ocupacional com pacientes psicóticos.

Até onde pude verificar, não há referências ao conceito de Marion Milner nas publicações de terapeutas ocupacionais psicodinamicamente orientados. A única menção que encontrei ao trabalho da autora aparece no livro *Psychoanalytic Thinking in Occupational Therapy* (2013), no artigo de Margaret Daniel, “The Relational Space of Supervision”, no qual a autora utiliza o conceito de “enquadre” (*frame*) de Milner para discorrer sobre a importância da supervisão para a formação da terapeuta ocupacional.

Já para Brun e Roussillon (2012), o conceito é chave para o tratamento de pacientes graves. Segundo Brun (2012), as práticas terapêuticas que se utilizam de mediação, como

⁵² “Also I had been interested in more internal aspects of the frame; that is, in learning how to achieve concentrated states of mind in which one creates one’s own inner frame, frame of reference, as essential in all mental productivity, whether creating ideas or works of art, a state in which one holds a kind of inner space; but I had not yet seen that one of the earliest roots of such capacity might be the experience of being held in one’s mother’s arms – until Susan brought me the drawing that she had done after the ECT.” (MILNER, 1969, p.277)

modelagem, desenho, pintura, teatro etc., carecem de articulação teórica, embora tenham se constituído como eixo principal das psicoterapias institucionais. Elas tenderiam a se apoiar empiricamente nos progressos de seus pacientes sem definir efetivamente quais seriam os processos de transformações dinâmicas em jogo.

Para Brun, o interesse da psicanálise em estudar as terapias que se utilizam de mediação está no fato de elas viabilizarem o trabalho terapêutico com pacientes cujo processo de simbolização está comprometido. O meio maleável permitiria a inscrição de experiências primitivas em registros anteriores à aquisição da linguagem verbal, como a linguagem do corpo, do afeto e a colocação em jogo da sensorialidade e motricidade, particularmente solicitadas nas abordagens que utilizam a mediação terapêutica (Cf. BRUN, 2012, pp. 9-10).

Segundo a autora, e como vimos anteriormente, as primeiras psicanalistas a introduzirem a mediação na análise infantil com o objetivo de substituir as associações verbais ausentes foram Anna Freud e Melanie Klein. Porém coube a Winnicott, com o jogo do rabisco, desenvolver uma técnica específica de uso do desenho, situada no campo dos fenômenos transicionais e que utilizava de forma integrada transferência e contratransferência no mesmo processo.

A partir da teoria da transicionalidade, a obra artística pôde começar a ser vista como um objeto transicional, ocupando uma posição intermediária entre a realidade interna do sujeito e a realidade compartilhada. Por isso Brun vê a teoria winnicottiana como precursora das atuais práticas terapêuticas de mediação, uma vez que:

(...) permite ver a obra ou a produção como uma possível inscrição de movimentos pulsionais pela elaboração de uma forma externa ligada a um modo de expressão que engaja o corpo, dentro de uma dimensão visual, sonora, tátil ou cinestésica, de acordo com as artes. (BRUN, 2012, p. 13, tradução nossa)⁵³

O conceito de meio maleável se alinharia com essa posição winnicottiana. Seu papel essencial consistiria em permitir o acesso a processos de simbolização a partir da sensorialidade.

⁵³ “(...) il a permis d’envisager l’oeuvre ou la production comme une possible inscription des mouvements pulsionnels par l’élaboration d’une forme externe liée à un mode d’expression qui engage le corps, dans une dimension visuelle, sonore, tactile ou kinesthésique selon les arts.” (BRUN, 2012, p. 13)

(...) o papel essencial do meio maleável (no duplo sentido, de material e do terapeuta) consiste em permitir que a representação sensorial possa se refletir na representação de um estado do sujeito. (BRUN, 2012, p.76, tradução nossa)⁵⁴

Para Roussillon (2012), os dispositivos de mediação terapêutica derivam do campo artístico ou artesanal e têm como objetivo materializar a atividade de simbolização. Sua aplicação no campo do cuidado psíquico permitiria ao sujeito apropriar-se de sua história e experiência subjetiva.

O autor desenvolveu uma teoria para a fundamentação do uso de mediações terapêuticas com o qual nos ocuparemos a seguir, ainda que de maneira esquemática. Em função de sua importância para a compreensão da teoria e prática da terapia ocupacional, o tema deverá ser aprofundado em uma pesquisa futura.

Como ponto de partida de suas proposições em relação ao uso de mediações terapêuticas, Roussillon retoma a posição freudiana, afirmando que o funcionamento psíquico se daria em dois tempos: o primeiro, da experiência propriamente dita, e o segundo, no qual ela é significada. A representação simbólica da experiência exigiria trabalho psíquico, e sua “matéria-prima” seria constituída de traços interiores deixados pela experiência subjetiva.

A complexidade da “matéria-prima”, sua característica amplamente inconsciente e enigmática, tem como consequência o fato de que ela não pode ser imediatamente integrada. Ela é complexa porque é multisensorio-motora, multiperceptiva, multipulsional, ela mistura o interior e o exterior, o eu e o objeto (ela é produzida pelo encontro do eu e do outro, na interface dos dois). Ela agrega, portanto, fatores “objetivos” e “subjetivos”, os do ambiente e os do sujeito. Sem trabalho de diferenciação ela é assim, sempre mais ou menos ameaçada de confusão. (ROUSSILLON, 2012, p. 26, tradução nossa)⁵⁵

Segundo o autor, isto seria verdadeiro para as experiências infantis (principalmente as muito precoces) e para as experiências traumáticas da primeira infância, em função da imaturidade da psique infantil, da intensidade das experiências que a percorrem, da frágil capacidade de síntese da qual ela é capaz, principalmente antes da aquisição da linguagem verbal, aliada à característica potencialmente traumática da sexualidade infantil (Cf. ROUSSILLON, 2012, pp. 26-27).

⁵⁴ “(...) le rôle essentiel du médium malléable (au double sens du matériau et du thérapeute) consiste à permettre que la représentation sensorielle puisse se réfléchir en représentation d'état du sujet.” (BRUN, 2012, p. 76)

⁵⁵ “La complexité de la ‘matière première’, son caractère largement inconscient et énigmatique, a pour effet qu'elle ne peut être immédiatement intégrable. Elle est complexe parce qu'elle mêle le dedans et le dehors, le moi e l'objet (elle à l'interface des deux). Elle mêle donc facteurs ‘objectifs’ et ‘subjectifs’, ceux de l'environnement et ceux du sujet. Sans travail de différenciation, elle est ainsi toujours plus ou moins menacée de confusion.” (ROUSSILLON, 2012, p. 26)

Antes que seja construído o conceito de representação⁵⁶, a atividade representativa da criança se apoia, exteriormente, no quadro (sic!) familiar, cuja função é permitir à criança evitar ser submersa por um excesso de excitações, então desorganizadoras. Assim fixa-se um limite entre o que o ego pode integrar de noções (sic!) pulsionais, para sentir-se vivo e criativo, e que ele deve reprimir para não se desorganizar. Essa função de pára-excitações externa, de filtragem, é acompanhada, durante todo esse período de construções e de integração pulsional, de um *apoio “transicional”, anímico, sobre uma das figuras do meio maleável*. O meio maleável é uma coisa, um objeto *que se torna no animismo infantil o representante-coisa*⁵⁷ ou *representante-objeto da representação, da função representativa*. A seguir ele será interiorizado sob a forma de uma representação-coisa da representação, de um conceito-coisa, e organizará a atividade representativa do ego inconsciente. (ROUSSILLON, 2005, p. 165, grifos no original)

Para Roussillon (2005), o meio maleável é o objeto transicional do processo de representação, evidenciando a própria atividade representativa.

De forma a lidar com as experiências a serem simbolizadas, a psique tentaria externalizar o que o autor chama de “matéria-prima psíquica enigmática”, de forma a poder tratá-la, transferi-la a uma matéria perceptível, torná-la mais fácil de trabalhar. Essa é a hipótese fundamental de sua teorização sobre os dispositivos de mediação terapêutica, mas também, segundo ele, de toda prática clínica. A psique tentaria lidar com a complexidade de sua “matéria-prima”, repartindo-a entre diferentes objetos articuláveis entre si. As experiências traumáticas, não simbolizadas, tenderiam a se rerepresentar no interior do sujeito, ameaçando desorganizar sua subjetividade e atualizar o traumatismo.

Segundo o autor, a psique teria duas formas de lidar com essa situação: a primeira seria tentar ligar a experiência traumática internamente, a segunda seria externalizá-la, evacuá-la. Este último processo seria a base e fundamento do processo de transferência. Para que esse conteúdo possa ser metabolizado, ligado pelo sujeito, seria preciso mobilizar três funções descritas por Roussillon da seguinte forma:

- função fórica (*phorique*), cujo papel é atrair, recolher, conter e levar o que é transferido;
- função semaforica (*sémaphorique*), que transforma a matéria acolhida em signo;

⁵⁶ “(...) o que forma o conteúdo concreto de um ato de pensamento.” (LALANDE apud LAPLANCHE e PONTALIS, 2008, p. 448)

⁵⁷ Segundo Laplanche e Pontalis (2008), a distinção entre representação de coisa e representação de palavra teria sua origem nas pesquisas de Freud sobre as afasias. Representação-coisa consistiria em uma representação derivada da coisa, e, portanto, iminentemente visual, enquanto que a representação-palavra derivaria de uma experiência acústica. O sistema inconsciente compreenderia apenas representações-coisa, enquanto que o sistema pré-consciente-consciente compreenderia a ligação entre representação-coisa e representação-palavra.

- função metafórica (*métaphorique*), que visa propriamente a produção de sentido.

Embora o terapeuta se ofereça como objeto e espaço para a transferência, não todos os pacientes seriam capazes de utilizá-lo dessa forma. Essa afirmação se aplicaria particularmente aos pacientes com dificuldades no processo de simbolização.

Para o autor, uma maneira de contornar essa situação seria justamente conduzir o processo de evacuação na direção de um objeto mediador, representante do terapeuta, mas distinto e separado dele. Isto pressuporia um objeto capaz de acolher e configurar a “matéria-prima” psíquica a ser transferida e que pudesse ser transformada em uma representação psíquica simbólica.

A característica das terapias de mediação é, justamente, a utilização de meios maleáveis, conforme a definição de Milner, com o propósito de dar forma ao que não pode ser diretamente configurado na relação com o terapeuta.

Essa configuração da experiência subjetiva, da matéria-prima psíquica, constitui uma experiência subjetiva específica que sustenta todo o trabalho psíquico de subjetivação, que preside a organização de uma representação da representação e cuja essência consiste em encontrar-criar os representantes-representações da experiência subjetiva. Essa experiência subjetiva singular, na presença de um cuidador, abre a possibilidade de um tratamento representativo na zona traumática do sujeito. (ROUSSILLON, 2012, p. 30, tradução nossa)⁵⁸

Roussillon (2005) descreve cinco propriedades do meio maleável que permitiriam que adquirisse seu valor terapêutico: ele deveria ser indestrutível, ao mesmo tempo possuir uma extrema sensibilidade, seria capaz de tomar todas as formas, estaria incondicionalmente disponível e possuiria um caráter vivo.

Em relação à escolha do meio, Roussillon afirma que ele deveria haver uma adequação de suas características aos sistemas perceptivo-sensório-motor do sujeito que o utilizará. O meio deveria permitir que o indivíduo encontrasse o que é capaz de criar. Cada meio privilegiaria um determinado ganho, em função do tipo de estímulo sensório (tátil, visual, olfativo etc.) que oferece. Suas características implicariam, induziriam ou acolheriam um tipo específico de transferência (Cf. ROUSSILLON, 2012, p. 31).

⁵⁸ “Cette mise en forme de l’expérience subjective, de la matière première psychique, constitue une expérience subjective spécifique que étaye tout le travail psychique de la subjectivation, celle qui préside à la organisation d’une représentation de la représentation et dont l’essence consiste à trouver-crée des représentants-représentations de l’expérience subjective. Cette expérience subjective singulière, em presence du soignant, ouvre la possibilité d’un traitement représentatif de la zone traumatique du sujet.” (ROUSSILLON, 2012, p. 30)

Segundo Roussillon, o meio deve poder representar não apenas o que ele simboliza, mas a própria atividade representativa. Outro ponto importante seria referente à livre utilização do meio para simbolizar por parte do paciente.

Para o autor, essas condições pressupõem uma certa atitude interna por parte do terapeuta. Este apresentará o meio, porém o paciente deve ser capaz de apropriar-se dele. A atividade não é interpretada em termos de conteúdo, o que poderia criar resistências à simbolização, mas estaria centrada na otimização do uso do meio e na sobrevivência e manutenção do processo de simbolização. Os únicos encorajamentos a serem oferecidos por parte do terapeuta seriam no sentido de facilitar a utilização do objeto e da representação. Nessa proposta de atendimento clínico a ênfase está colocada no processo.

O modelo de trabalho clínico sugerido por Roussillon se assemelha ao jogo do rabisco winnicottiano. O terapeuta realizaria um trabalho de coassociação, ligando-se à cadeia associativa do paciente, respondendo por associação ao que é proposto por ele, o paciente respondendo por sua vez à associação do terapeuta... A partir desse “diálogo” é que a simbolização poderia apropriar-se da experiência traumática transferida no setting terapêutico.

As proposições de Roussillon para uma teorização sobre as terapias que se utilizam de mediação se ajustam à terapia ocupacional, uma profissão de cuidado definida, justamente, pela utilização de mediações.

O conceito de meio maleável de Milner e as formulações teóricas realizadas por Roussillon e Brun a partir dele permitem um novo olhar sobre o uso de atividades no setting terapêutico da terapia ocupacional. Juntamente com a posição do terapeuta que se dispõe a sustentar o enquadre, as atividades se constituiriam como eixo a partir do qual o paciente é convidado a se apropriar de sua experiência subjetiva.

III – TERAPIA OCUPACIONAL E PSICANÁLISE: DESENVOLVIMENTO TEÓRICO NO BRASIL

A psicanálise influenciou a produção teórica das terapeutas ocupacionais no Brasil, tanto a partir de seu próprio universo teórico, quanto do trabalho desenvolvido pelos autores de terapia ocupacional que a utilizaram como base para desenvolver conceitos relacionados à prática da profissão. Entre os autores estrangeiros, podemos mencionar Azima e Wittkower, do Canadá, e o casal Fidler, dos EUA.

Nas propostas de intervenção desses autores, podemos encontrar uma característica comum: a utilização da psicanálise para a compreensão da relação que se estabelece entre terapeuta e paciente.

“As estratégias da terapia ocupacional não se constituíram dentro da psicanálise, porém o propósito relacional, nuclear para qualquer ação dessa profissão, obtém aqui uma importante fertilização” (TEDESCO, 2007, p. 156).

Segundo a autora, duas forças atuaram de maneira estruturante na constituição da profissão. A primeira seria a ruptura com o uso da ocupação como tratamento, tal como vinha sendo utilizada pelos médicos, inspirada no tratamento moral. A segunda diz respeito à adoção da ideia de que as atividades desenvolvidas dentro do setting da terapia ocupacional têm como papel potencializar uma relação saudável do paciente consigo mesmo, com o outro e em seu meio social. Assim, “(...) a terapia ocupacional não se funda na ocupação terapêutica: ao contrário, as atividades são estratégias utilizadas pelo terapeuta na constituição de seu campo procedimental e relacional” (TEDESCO, 2007, p. 156).

Os artigos produzidos no Brasil por terapeutas ocupacionais que trabalham a partir de um viés psicodinâmico apresentam um grande número de discussões clínicas. Isso diferencia a produção nacional do que ocorre, por exemplo, nos EUA. Segundo Tedesco, esses trabalhos apresentam pontos comuns. Eles articulam aspectos teóricos da profissão à psicanálise e se ocupam, fundamentalmente, da clínica da psicose e das abordagens grupais (Cf. TEDESCO, 2007, p. 157).

O estudo levantado por Tedesco agrupa a produção nacional desses autores em torno de três conjuntos temáticos:

- 1) O uso da psicanálise, principalmente da teoria lacaniana, para a compreensão e tratamento da psicose a partir de modificações no setting da terapia ocupacional;
- 2) A utilização da teoria winnicottiana sobre o brincar e a realidade compartilhada para a construção do setting na terapia ocupacional e da relação terapêutica;
- 3) O uso de descrições clínicas e de procedimentos para posteriores elaborações teóricas (Cf. TEDESCO, 2007, p. 159).

Tedesco divide esses grupos temáticos em dois outros grupos, ou, como ela os denomina, dois impactos:

(...) chamam-se de primeiro impacto as produções que fazem uso da teoria psicanalítica definida como um método de investigação do inconsciente e o conjunto de teorias psicológicas para a criação de metodologias e procedimentos da terapia ocupacional. Essas produções estão diretamente relacionadas à tentativa de aplicar os conceitos da psicanálise, principalmente relacionados à teoria da sexualidade, às teorias das relações objetais e aos estudos da psicose em Lacan. (2007, p. 157)

Os autores citados acima, Azima e Wittkower e o casal Fidler, são exemplos dessa abordagem. No segundo grupo encontramos a produção realizada no Brasil.

Chama-se (...) de segundo impacto a utilização que os autores da Terapia Ocupacional fazem da teoria psicanalítica para a compreensão de alguns aspectos do *setting*, principalmente a compreensão da problemática da população-alvo e o conceito de subjetividade e sofrimento psíquico para o sujeito-alvo. (...) Chama-se também de segundo impacto o movimento que é encontrado em produções nacionais, nos quais há uma construção procedimental e metodológica, a partir do diálogo com a teoria psicanalítica. (TEDESCO, 2007, p. 158)

Os trabalhos desenvolvidos se dividem entre os autores que utilizam a psicanálise com o objetivo de aprofundar sua compreensão sobre a problemática de seus pacientes e autores que partem da teoria desenvolvida por Winnicott para refletir sobre a relação terapêutica.

Neste último caso, “A articulação dos autores de terapia ocupacional com as teorias de Winnicott é facilitada pela importância do conceito de ambiente e de realidade externa” (TEDESCO, 2007, p. 159).

O trabalho de Jô Benetton, sobre o qual nos ocuparemos a seguir, insere-se no que Tedesco chamou de segundo impacto da psicanálise na terapia ocupacional. Seu livro *Trilhas Associativas* (1999) merece atenção uma vez que a autora teve papel importante na divulgação e desenvolvimento das teorias psicodinâmicas em terapia ocupacional (Cf. MÂNGIA e NICÁCIO, 2001, pp. 70-71).

Coube a Jô Benetton transformar as influências psicodinâmicas em uma técnica específica de atuação em terapia ocupacional. Essa proposta teórica e técnica, que aparece em seu livro *Trilhas Associativas*, é fruto de seu mestrado, publicado pela primeira vez em 1991. Nele, Benetton passa em revista sua formação profissional e o impacto que o contato com o trabalho desenvolvido pelos autores de terapia ocupacional norte-americanos e canadenses teve em sua prática. Usando-os como referência, assim como os autores franceses Sivadon e Tosquelles, a autora articulou sua prática e seus estudos de psicanálise para desenvolver a técnica de atuação que recebeu o nome de Trilha Associativa.

Seu trabalho tenta abordar os aspectos simbólicos envolvidos na realização de atividades, o papel da relação terapeuta/paciente, a transferência no âmbito da terapia ocupacional e a atividade como possível “objeto transicional”. O livro serviu como inspiração a muitos terapeutas ocupacionais no país preocupados em teorizar sobre a prática da profissão.

Para Benetton, a terapia ocupacional possui um caráter pedagógico, uma vez que o ensino e a aprendizagem são elementos fundamentais para a “construção do corpo técnico da terapia ocupacional” (1999, p. 48).

Só quando se sabe fazer é que se conhece a dinâmica própria do processo de realização de uma dada atividade. Com isso é possível queimar, aglutinar, superpor, trocar enfim, alterar etapas para, se necessário orientar o paciente ou mesmo não interferir em seu processo de realização, visto que o caminho escolhido pode não alterar o resultado, ou é até mesmo pertinente que seja criado. Neste sentido, o que é repetido ou o que é criado é uma das vias de comunicação, uma vez que a forma de realizar uma atividade pode nos revelar o estado do paciente e, com o tempo, como é o paciente no que diz respeito ao “fazer”.(BENETTON, 1999, p.48, grifos no original)

As atividades, segundo Benetton, não possuem um simbolismo preestabelecido. É através da relação que se instaura entre a história do paciente e suas associações a respeito da atividade que o significado de seu trabalho pode ser inferido. Mesmo que o paciente não dê pista sobre seu significado, a atividade pode ser usada pelo terapeuta para, por associação, estabelecer uma relação entre esta atividade e alguma outra.

Citando Tosquelles, Benetton afirma que as atividades podem tornar aparentes, simbolicamente, possibilidades de relações com objetos e pessoas, que essa zona, mesmo que tênue, pode vir a ser ampliada. Para a autora, porém, as atividades só poderão cumprir esse papel se forem “significativas através da história do doente” (BENETTON, 1999, p. 50).

Sua proposta de intervenção se apoia nos conceitos winnicottianos de objetos e fenômenos transicionais. Para Benetton, a existência de uma terceira zona de experiência, entre o “dentro” e o “fora”, onde a terapia pode começar, permite abarcar a relação “triádica”, terapeuta-paciente-atividade. Esses três elementos virão a compor o “campo transicional”. É a partir deste “campo” que Benetton afirma que podem ser redimensionados vários aspectos da técnica da terapia ocupacional.

Para Benetton, as atividades passam a ganhar o papel de manutenção de contato com a realidade externa, de promover uma ampliação do campo de consciência. Isto, segundo Benetton, porque elas permitem o autoconhecimento e o “*fazer-se conhecer*”. As relações objetais seriam facilitadas através da manipulação dos distintos materiais e da realização das atividades, vividas pelo paciente como “objetos transicionais”. Isto porque, embora não seja possível definir a priori se a atividade se tornará um objeto transicional para o paciente, caso isto ocorra, ela poderá servir como um caminho para o reconhecimento do “outro” como separado de si. Como vimos anteriormente, o objeto transicional está entre a vivência subjetiva do mundo, da não-diferenciação entre as realidades internas e externas, e o reconhecimento de suas diferenças.

(...) além de significados simbólicos, as atividades e até o próprio terapeuta são usados pelo paciente como fenômenos afetivos, ora fazendo parte da realidade externa, ora da realidade interna. Esta ocorrência dinâmica é que pode permitir ao terapeuta perceber o aparecimento de fenômenos transferenciais, projetivos e simbióticos. (BENETTON,1999, p. 55)

Segundo a autora, a interpretação realizada em uma relação transferencial com o paciente psicótico não agiria como fator integrador das realidades interna e externa. A integração ocorreria se, primeiramente, fosse construída uma teia de associações entre fatos, objetos e pessoas no setting terapêutico. Benetton chama esse processo de “composição de uma trilha associativa num campo transferencial”. Muitas atividades propostas pelo terapeuta têm como função favorecerem novas associações que serão, por sua vez, articuladas à história de vida do paciente.

(...) *um caminho que demonstre a correlação entre fatos, objetos e pessoas. A isto tenho chamado de “composição de uma trilha associativa num campo transferencial”. Tomando como exemplo uma série de atividades realizadas pelos pacientes, tendo a investigação clínica como base, vamos combinando suas partes que se encaixam. Ao rever esses trabalhos, vamos, paciente e eu, em busca de ‘lugares comuns’, de semelhanças e diferenças, de identificação e nomeações, de tal forma que façam parte de um todo historicamente composto nessa relação. Muitas das atividades propostas ao paciente, durante a terapia, assim o são por permitirem a continuidade das associações. Assim como espera-se que através delas o paciente*

possa contar a sua própria história. (BENETTON, 1999, pp. 55-56, grifos no original)

Podemos estabelecer um paralelo entre a ideia da composição de uma trilha associativa com o conceito de Freud de “construção”, em que, a partir de fragmentos de lembranças do paciente, o analista pode ajudá-lo a reconstruir parte de sua história. A diferença estaria no fato de que as associações propostas aqui são “vivas”, experienciadas nas atividades executadas.

Benetton ilustra a composição da trilha associativa com o relato do caso clínico de S. G.

O paciente foi encaminhado para atendimento em terapia ocupacional após uma internação que teve duração de vinte dias. A internação ocorreu depois de um período de quase dois anos em que S. G. havia permanecido em seu quarto, praticamente sem sair, sem falar com ninguém. O encaminhamento para a terapia ocupacional se deu, aparentemente, em função da dificuldade do paciente em manter um diálogo e do interesse que havia demonstrado antes da doença em atividades expressivas. S. G. tinha sido aluno de uma faculdade de artes plásticas, por apenas um mês. Os atendimentos de S. G. em terapia ocupacional se estenderam por cinco anos. Paralelamente, o paciente continuava com acompanhamento médico.

Apesar de o caso de S. G. conter vários elementos interessantes para discussão, darei preferência, neste relato, aos acontecimentos que explicitam a proposta da trilha associativa. A numeração que aparece associada aos trabalhos de S. G. descritos a seguir permanece fiel à que consta no livro de Benetton com o objetivo de evitar confusões.

Nos primeiros encontros, Benetton pediu que S. G. desenhasse a figura humana como tentativa de iniciar associações. Os primeiros desenhos de S. G. foram realizados em papel sulfite alápis grafite. Neles apareceram as imagens de um menino, uma família, uma casa, uma árvore. Depois de desenhar, S. G. conseguia falar sobre as figuras que havia desenhado, associando-as a experiências de sua infância, porém seus relatos eram desprovidos de afeto.

A primeira figura intrigante que S. G. faz aparece em seguida à retomada da terapia após as férias da Benetton. Logo no início de seu atendimento, S. G. comunicou à terapeuta que havia decidido acampar sozinho. Seus pais o levariam até Parati, onde ele acamparia no quintal de uma conhecida. Preocupada com o fato de que a viagem fosse uma retaliação por sua ausência durante as férias e com a forma evasiva com que S. G. havia tratado essa viagem para Parati

durante seu atendimento, a terapeuta pediu para que os pais fossem vê-lo durante o fim de semana. S. G. acabou por voltar com eles para São Paulo.⁵⁹

Na primeira sessão após esse evento, S. G. faz, com muito cuidado e em silêncio, o desenho de uma “mulher-peixe” (Figura 8). Ao seu lado, a terapeuta fazia trabalhos manuais e falava sobre eventos culturais para incentivá-lo a retomar sua vida social.

No desenho, a figura tem as pernas de mulher, porém, do tronco para cima, trata-se de um peixe que olha na direção do observador. A “mulher-peixe” parece estar em um deck, em um canto do papel existe um bote, ao longe se vê o mar. S. G. levou dez sessões para terminá-lo. Ao final do trabalho, não conseguiu estabelecer associações com o desenho.

O desenho seguinte foi realizado com lápis de cera. Em meio a uma paisagem um tanto abstrata, aparece uma cabeça de animal de perfil; nele, um grande olho observa (Figura 9). S. G. continuava sem poder dizer nada sobre os trabalhos. Para a terapeuta era surpreendente que alguém que falasse de forma tão desprovida de afeto sobre sua biografia pudesse fazer desenhos com tamanha carga emocional. Os desenhos começaram a ser guardados em uma pasta para que pudessem ser revistos. O terceiro desenho dessa série mostra uma sequência de casas. Não há ninguém na rua, as janelas e portas das casas estão fechadas. No canto do papel, uma pessoa olha para a paisagem (Figura 10).

Paralelamente à realização de seus trabalhos, S. G. começou a discutir na terapia possibilidades de uma formação profissional e a conversar sobre suas primeiras experiências sexuais.

O quarto desenho que usarei na descrição da composição da trilha associativa realizada por Benetton representa uma cabeça de homem, parecido a um cigano, olhando de perfil para mulheres que estão diante dele; elas se assemelham a sereias nadando na água. Sobre a cabeça da figura masculina, existe um chapéu de onde surgem várias árvores. Embaixo da cabeça do cigano, parece haver uma barraca de praia (Figura 11). Segundo Benetton, esse trabalho inaugurou uma nova fase na terapia.

Pela primeira vez [S. G.] diz que um desenho tem a ver com um fato vivido. Conta-me que o cigano é um sujeito que ele conhece. Que o desenho tem uma história e que

⁵⁹Mais tarde S.G. pôde contar que tinha planejado suicidar-se em sua viagem a Parati. O fato de os pais terem voltado para buscá-lo por indicação da terapeuta levava S.G. a pensar que ela era “mágica”, porque sabia que ele iria se matar.

essa história foi a motivação para fazer o tal desenho. Quando pergunto se ele quer me contar a história, diz que não.

Procuro então trabalhar com o aqui e agora, fazendo uma relação entre esse trabalho de “alguém que espia” (Figura 10), vou perguntando e mostrando as diferenças e semelhanças. O “alguém que espia” eu mudo para “alguém que olha”. No primeiro trabalho o personagem tem os olhos semicerrados, espiando uma paisagem que não tem “viva alma”. Tudo parece morto, está parado. As portas e janelas estão fechadas, as cores são pálidas, as árvores estão sem copa, ou mortas, ou podem ser poste. Ele participa dizendo que da cabeça do cigano (Figura 11) saem pessoas, e que na cabeça há uma floresta. Há ainda sereias na água.

S.G. vai tecendo comentários sobre os detalhes da Figura 11, salientando em algum momento que gosta de sereias, que são misteriosas, que somem no mar. Fica algum tempo em silêncio, esperando, a meu ver, que eu fale. Digo que talvez esteja falando-me da mulher, o que o leva a associar com a “mulher-peixe” (Figura 8). Nesse momento, pela primeira vez sinto-me autorizada a usar as atividades como meio de comunicação. Há uma permissão de S.G. para entrar em contato com coisas dele através dessa forma de expressão. Sugiro revermos todos os seus trabalhos. (BENETTON, 1999, pp. 91-92)

Diferentemente do que poderia acontecer com outras abordagens de atividade em terapia ocupacional, aqui a atividade de desenhar realizada por S. G. não é vista, em si mesma, como “objeto de análise, mas sim o espaço escolhido para significar” (BENETTON, 1999, p. 113).

Ao longo do processo terapêutico as atividades vão assumindo diferentes dimensões: um espaço para experimentar, para associar, para comunicar... Benetton acredita não ser possível dizer a priori que papel a atividade terá para o paciente em terapia. Porém elas podem ser utilizadas, ao serem definidas como instrumento em terapia ocupacional, segundo algumas regras técnicas estabelecidas por ela de forma a compor as trilhas associativas:

- fazer atividades; compilá-las; revê-las; agrupá-las; separá-las; compará-las;
- aprendê-las para ensiná-las, ao mesmo tempo em que se observa e registra o processo de realizá-las, para compor um quadro de informações suficientes sobre o sujeito e sua produção;
- o sistema se completa quando a essa forma de proceder for acrescido pelo sentido que essa produção for adquirindo no decorrer de associações e análises e ao mesmo tempo em que instrumentaliza a construção narrativa. (Cf. BENETTON, 1999, p. 114)

Ao rever o livro, Benetton afirmou que Trilhas Associativas pode ser vista como uma técnica de análise de atividades da qual pode emergir uma narrativa sobre uma relação em terapia ocupacional.

Com a proposta teórico-clínica das Trilhas Associativas, a autora procura descrever um processo dinâmico entre três termos (terapeuta-sujeito-atividades) para a constituição de um caminho associativo, possibilitando que o procedimento Trilhas Associativas seja utilizado como processo de análise de atividades. Nessa construção, as funções entre os termos criam um certo campo de forças dinâmico. (TEDESCO, 2007, p. 159)

As atividades expressivas, desenho, pintura, ao reproduzirem elementos das realidades externa e interna permitiriam que, tanto o conteúdo expresso nas atividades quanto o modo de fazê-lo compusessem a “área intermediária de experiência” winnicottiana.

Segundo Tedesco (2007), assim como outros autores de terapia ocupacional que pensaram sua prática a partir de uma orientação psicanalítica, Benetton coloca as atividades como possíveis mediadores entre as realidades interna e externa. Além disso, vê a atividade como um elemento que pode facilitar a mediação do paciente com a realidade externa, organizando-a.

Para Fernandes, “As atividades não são objetos à parte do discurso verbal ou que tenham somente a função de promover o encontro com verdades inconscientes que se revelam. Elas, mais que remeterem a uma história perdida, são a própria história construída” (2006, p.127).

Com o objetivo de ilustrar a construção dessas pequenas histórias no contexto terapêutico, apresentarei a seguir três vinhetas clínicas. As vinhetas têm como objetivo inicial levantar questões colocadas pela prática da terapia ocupacional no campo das psicoses. Na seleção tentei privilegiar situações onde a atividade servisse claramente como fio condutor do processo terapêutico. Elas se referem a três momentos distintos com a mesma paciente.

Paula era uma menina de 11 anos quando seu tratamento em terapia ocupacional começou. Seu diagnóstico era de autismo. Havia nascido nos EUA, de família brasileira, caçula de três meninas com pouca diferença de idade entre elas, e tinha voltado com poucos anos de idade para o Brasil. Ainda que o português fosse a língua falada em casa, as poucas palavras que usava para se comunicar eram em inglês e faziam referência a personagens dos desenhos animados da Disney. Como bem descreve Luciana Pires, a televisão exerce um grande fascínio sobre essas crianças, e os terapeutas devem estar familiarizados com os personagens e as histórias que acabam se tornando um veículo de comunicação com elas (Cf. PIRES, 2007, p. 85). Os pais de Paula perceberam isso intuitivamente e, na tentativa de estimularem essa comunicação, compravam muitos filmes, revistas, pôsteres e jogos para Paula com seus personagens favoritos.

O trabalho desenvolvido com ela consistia em um acompanhamento terapêutico/pedagógico partilhado por três profissionais (duas pedagogas e uma terapeuta ocupacional). Três vezes por semana, Paula realizava atividades diferentes com cada uma das profissionais. Paralelamente, ela continuou seus atendimentos com a psicóloga que acompanhava o caso há muitos anos.

I Vinheta:

Nos primeiros encontros com Paula tentei estabelecer contato através de alguns jogos disponíveis no consultório. Ela logo se revelou uma menina inteligente e observadora. Aprendia com rapidez as regras dos jogos e, embora manifestasse certa ansiedade, conseguia esperar quando era minha vez de jogar. Enquanto jogávamos, repetia os diálogos dos desenhos animados que assistia em casa.

Observando a rapidez com a qual aprendia, propus a realização de um pequeno bordado, bem simples, em talagarça, com fios de lã colorida. Os trabalhos manuais eram atividades cotidianamente exercidas por sua mãe e irmãs. Paula estava habituada a vê-las trabalhar e não teve dificuldade em repetir meus movimentos. Durante o período em que bordava, manteve-se pela primeira vez em silêncio. Eu apenas intervinha quando ela cometia algum erro. Paula não resistia à minha intervenção, mas mostrava-se ansiosa em retomar o trabalho.

Quando este ficou pronto, sua mãe transformou-o em uma bolsa, que Paula fazia questão de levar para onde quer que fosse.

A partir desse trabalho, Paula passou a vir aos nossos encontros esperando encontrar uma atividade manual para realizar e lhe ensinei a fazer ponto cruz. Para que a atividade fosse capaz de ser integrada ao seu cotidiano, como havia acontecido anteriormente com a bolsa, sua mãe e eu fizemos um projeto conjunto. Ela bordaria em ponto cruz jogos americanos que poderia usar para tomar lanche assim que estivessem prontos. Os diferentes padrões de bordado seriam um desafio adicional e, desta vez, sua avó materna se envolveria fazendo o acabamento do trabalho à máquina.

Durante semanas Paula bordou ao meu lado, desta vez me entregando espontaneamente o bordado para corrigir quando percebia que algo estava errado. Quando um dos jogos estava terminado, sua mãe levava para a avó e esta finalizava o trabalho. De repente muitas pessoas estavam envolvidas em suas atividades.

Ao terminar mais um jogo, perguntei-lhe: “E este, para onde vai?”. Pela primeira vez estabelecemos, mutuamente, um diálogo através de palavras. Paula me respondeu: “Casa da vovó!”.

II Vinheta:

Paula havia se alfabetizado, era capaz de escrever seu nome, de suas irmãs e “papai” e “mamãe”. Falava em inglês cada vez menos. Tinha um pequeno repertório de palavras em português que ia ampliando devagar. Por questões de organização familiar, seus atendimentos começaram a acontecer em sua casa.

Seus desenhos estavam muito expressivos. Durante alguns meses desenhei ao seu lado, em minha própria folha de papel, e Paula, observando, ia recriando conteúdos da história que havia escutado. Mesmo se tratando de uma “cópia”, seus personagens tinham características muito próprias. Nos desenhos livres Paula fazia uma figura humana que chamava de “menina”, com um borrão retangular colorido, semelhante a uma porta, atrás. Com o passar do tempo esse borrão foi se transformando em uma casa com portas e janelas. A casa de Paula era sempre pintada de azul.

Uma vez que a própria Paula havia trazido a temática da casa, a equipe que a atendia propôs como atividade a confecção de uma casa com palitos de sorvete. A casa ganhou cômodos, janelas e um telhado removível para que ela pudesse ver o que havia lá dentro. Também construímos móveis que Paula mesma ia sugerindo, mesas, cadeiras e até livros de papel para pôr nas estantes.

Um dia, quando cheguei para o atendimento, vi sua casa de palitos em cima de sua mesa pintada inteiramente de azul, como em seus desenhos. Sozinha, sem que ninguém a visse, havia pintado suas paredes com guache, apropriando-se da construção coletiva.

III Vinheta:

Paula já tinha quase 15 anos e participava de atividades em centros de convivências, andava de metrô e os pais contaram que pela primeira vez conseguiram ir à praia com ela e descansar. Em vez de sair andando sem destino, como fazia antes, Paula entrava no mar ou brincava na areia, controlando com o olhar onde estavam seus pais.

Seu quarto, coberto com pôsteres de personagens da Disney, contrastava com a adolescência que aparecia na vontade de pintar as unhas e de escolher as roupas. Em conversa com seus pais, decidimos que era hora de transformar seu espaço na casa. A princípio seus pais resistiram à ideia. Tinham receio de que se repetissem situações em que o DVD de um filme

ou revista desaparecia e Paula manifestava forte ansiedade. Acreditando que ela já havia ampliado muito suas referências e que uma garantia do sucesso da “operação” seria envolvê-la na reforma do espaço, foi decidida a mudança. Com cada uma das profissionais, Paula realizou uma atividade relacionada ao seu quarto novo. Comigo, bordou a colcha de sua cama. Em um tecido comprado especialmente para esse fim, desenhamos muitas figuras que fomos bordando em ponto de cadeia⁶⁰. Ela bordava uma figura enquanto eu trabalhava em outra.

Quando os trabalhos ficaram prontos, a mãe suspendeu durante uma semana os atendimentos para pintar o quarto. Ao reiniciar os atendimentos fui recebida na porta por Paula, que estava excitadíssima. Eu disse que estava curiosa para ver como tinha ficado seu quarto e ela correu para me esperar lá dentro. Durante a semana o quarto fora pintado, e sua mãe e ela fizeram juntas figuras com estêncil ao longo de toda a parede.

Paula se deitou na cama e começou a enumerar várias pessoas: seus pais, irmãs, avós, terapeutas... a lista era longa. Quando acabou eu lhe disse: “Veja só quantas pessoas que gostam de você!”, e ela me respondeu em inglês. Mas, desta vez, usando para se expressar com muita precisão, uma música dos Beatles que estava aprendendo a tocar no teclado: “All you need is love!”.

Enquanto os jogos tiveram como função, primordialmente, o estabelecimento de um vínculo entre nós, considero que o início de sua “história” na terapia ocupacional está no momento em que Paula aprende a bordar, e fazendo-o pode finalmente silenciar. Paula conquistou neste espaço a possibilidade de estar só na presença de alguém. Como afirma Roussillon:

É na experiência da solidão paradoxal, nesse duplo modo de presença da mãe, que se constitui certamente a matriz de uma tópica interna, de um espaçamento interno. É aí que o verdadeiro simbolismo começa a se constituir, no fato de uma coisa começar, *no espaço interno, a ser ela mesma a, ao mesmo tempo, outra coisa.* (2006, pp. 90-91, grifos no original)

O silêncio conquistado em seus momentos dedicados ao trabalho indicava o início de uma vida pessoal própria, de um espaço interior onde a simbolização poderia ocorrer.

O resultado de seu trabalho, a bolsa, pôde se tornar um objeto transicional para Paula, sendo levado de sua casa para os atendimentos, durante muito tempo.

⁶⁰ Ponto de cadeia – para ser realizado, a agulha deve ser inserida no mesmo lugar de onde saiu da última vez, no arremate do ponto anterior. O resultado se assemelha realmente a uma cadeia de elos firmemente conectados uns aos outros, onde o posterior depende do anterior.

A crescente ampliação de suas atividades pôde inseri-la efetivamente em seu contexto familiar. Porque a terapia ocupacional deve poder proporcionar a inclusão de seus pacientes no ambiente social, e as atividades realizadas podem ser um veículo para que isto ocorra. O intercâmbio concreto entre suas atividades realizadas em atendimentos individuais e sua casa tornou isso possível. Cabe ressaltar que as atividades propostas eram pensadas de forma a ampliar as possibilidades de associação e articulação dos elementos que a própria Paula sinalizava como importantes. Como afirma Fernandes:

Se na psicanálise a palavra adquire o sentido de construções de signos em um discurso, na terapia ocupacional, as atividades criadas também fazem parte de uma sintaxe construída, modelada, costurada. Cabe ao terapeuta ocupacional sustentar a posição de que as atividades construídas têm um sentido, entrelaçam-se num discurso e são, assim, criações significantes. Este é o saber do terapeuta, ou seja, de que nada é feito em vão e que na terapia ocupacional a história é construída em ato, no próprio fazer cotidiano. As atividades não são objetos à parte do discurso verbal ou que tenham somente a função de promover o encontro com verdades inconscientes que se revelam. Elas, mais do que remeterem a uma história perdida, são a própria história construída. (2006, p.127)

A lenta transformação do esboço de uma porta atrás dos personagens que Paula desenhava, em uma casa efetiva, pode ser vista como um símbolo de sua presença cada vez maior na realidade compartilhada. Ao dar-lhe a oportunidade de construí-la e mobiliá-la, Paula pôde se apossar de mais uma parcela da realidade a partir de um movimento próprio. Podemos fazer referência aqui ao conceito de “meio maleável” de Marion Milner. Os desenhos e a atividade de construção da casa foram os meios maleáveis a partir dos quais Paula pôde impregnar a realidade com seu mundo interno, criando uma ponte com o mundo externo. Seus atendimentos se constituíam no jogo associativo entre terapeuta/paciente à que se refere Roussillon (2012). As propostas de atividades se seguiam às associações sinalizadas por Paula. Permitiram que ela conseguisse simbolizar o caminho construído em terapia. Os elos bordados com ponto de cadeia em sua colcha constituem uma imagem bonita e acurada do processo associativo que ocorreu ao longo de quase cinco anos de atendimento. Se, pensando com Roussillon (2012), o meio maleável deve conter as características sensoriais apropriadas de forma a refletir a própria atividade representativa, não poderíamos encontrar uma imagem melhor do processo vivido por Paula. Considero que com a transformação de seu quarto, um trabalho que envolveu toda a família e os terapeutas, Paula pôde integrar as experiências vividas e verbalizar o afeto e a gratidão por um espaço construído objetiva e subjetivamente.

Cabe ressaltar que as atividades de Paula ganharam também um reconhecimento familiar porque eram significativas e valorizadas em seu contexto social. Este não é um aspecto menor a se considerar no setting da terapia ocupacional.

Minha formação profissional, e de muitas colegas que hoje trabalham em saúde mental, foi influenciada pelo trabalho de Benetton, pelo estudo de Trilhas Associativas e por sua supervisão. Reconheço no atendimento de Paula a intenção de criar um espaço ampliado de experiência descrito pela autora no caso S. G. e de facilitar associações através das atividades. Ainda assim não diria que o caso acima foi conduzido a partir da referência de Trilhas Associativas. Reconheço, principalmente depois do contato com as autoras italianas Piergrossi e Gilbertoni (2013), que a terapia ocupacional dinâmica tem um colorido comum, ainda assim, cada autora possui um estilo bastante pessoal.

O trabalho realizado por Benetton na articulação de conceitos psicanalíticos com a prática da terapia ocupacional influenciou outros autores nacionais a buscarem definições e conceitualizações sobre a experiência com a clínica.

Sonia Ferrari, em seu artigo intitulado “Terapia Ocupacional” (1998), afirma que, no trabalho com pacientes psicóticos, as atividades devem ser utilizadas no intuito de estabelecer um campo que permita a expressão, a informação e a comunicação. Elas visam, principalmente, incentivar a experimentação de novas formas de fazer, se relacionar e captar o mundo. Para que isto possa ocorrer, o terapeuta deve:

(...) conhecer e dominar os materiais e atividades a fim de poder, em determinados momentos, a partir do conhecimento da técnica, instrumentalizar o paciente para que ele tenha a oportunidade de vivenciar acontecimentos e entrar em contato com conteúdos expressivos inacessíveis até o momento. (1998, p. 253)

Nesse contexto, quando a criação, ou a expressão através de uma atividade, se torna impossível, cabe ao terapeuta a realização de uma ação que estabeleça um movimento, que possibilite a produção de um sentido. Para Ferrari, essa intervenção, cujo objetivo é de reestabelecer o fluxo criativo, realizada com o cuidado de não nomear precipitadamente o que ainda é desconhecido e atenta para o possível estabelecimento de um diálogo, recebe o nome de ação interpretativa (Cf. FERRARI, 1998, p. 254).

Como vimos acima, a clínica da terapia ocupacional psicodinâmica fez aproximações importantes da psicanálise praticada hoje no atendimento aos casos graves. No atendimento de Luísa, apresentado no capítulo dedicado à psicanálise, quase não poderíamos indicar uma

diferença de abordagem em relação ao caso entre um analista orientado teoricamente pela obra de Ferenczi, Winnicott ou Milner e da terapia ocupacional psicodinâmica. Isto se deve, principalmente, à especificidade da situação psíquica dos pacientes severamente comprometidos. Diante de pacientes mais organizados, como no caso de Paula, a diferença de formação se torna mais aparente, e a ênfase em uma intervenção que visa a construção e a ampliação de um cotidiano ancorado na realidade externa se torna mais evidente.

IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em seu texto “A Metapsicologia do Cuidado” (2009), Figueiredo chama a atenção para as práticas de recepção, ritos, mas também cuidados, com que os recém-nascidos são acolhidos e inseridos no âmbito da família, em uma determinada cultura e época. Os ritos de recepção permitem que o indivíduo possa “fazer sentido” de sua vida e das dificuldades que encontrará ao vivê-la.

Fazer sentido implica estabelecer ligações, dar forma, sequência e inteligibilidade aos acontecimentos que ao longo de uma vida evocam e provocam o retorno às experiências da loucura e da turbulência emocional. Em outras palavras: fazer sentido equivale a constituir para o sujeito uma *experiência integrada*, uma *experiência de integração*. Tais experiências não se constituem se não puderem ser exercidas, ensinadas e facilitadas pelos *cuidados* de que somos alvo. (FIGUEIREDO, 2009, p. 134, grifos no original)

Sobre o mesmo tema, Roussillon afirma que todos os dispositivos de cuidado são derivados sofisticados dos dispositivos sociais espontâneos do campo cultural, artísticos ou artesanais que sustentam a atividade de simbolização. Destes, o autor distingue três tipos: os dispositivos sociais ou institucionais, os dispositivos artísticos ou artesanais e os dispositivos da análise, que utilizam a transferência como forma de favorecer a atividade de simbolização. Os dispositivos de mediação (música, pintura, desenho modelagem, culinária etc.), tais como utilizados na terapia ocupacional, seriam derivados do campo cultural e teriam como objetivo materializar a atividade de simbolização (Cf. ROUSSILLON, 2012, pp. 24-25).

Ao longo desta dissertação, ocupamo-nos de duas áreas de atuação – psicanálise e terapia ocupacional – orientadas para o cuidado em suas diversas formas, como sustentação e contenção, como possibilidade de reconhecimento pelo outro, como interpelação, o que permite a criação de movimento como possibilidade do sujeito apropriar-se de sua própria subjetividade.

Vimos como a terapia ocupacional, profissão criada sob uma perspectiva funcionalista no início do séc. XX, caracterizada pelo uso de atividades em um setting terapêutico, fragmentou-se em uma série de abordagens diversas em busca de um reconhecimento “científico” de sua atuação. Essa fragmentação, decorrente da perda precoce de sustentação teórica, talvez fosse inevitável. Também podemos perceber uma desvalorização crescente na própria profissão das atividades, uma vez que estas são vistas como um recurso “menor”.

Descrevemos como, inicialmente, a proposta do uso de atividades no tratamento de pacientes em saúde mental tinha como pressuposto que, no cuidado com o indivíduo, os contextos relacional, social e biográfico deveriam ser levados em conta. Um ser humano em que corpo e mente eram vistos como, idealmente, integrados e que estaria orientado para a ação no mundo. Embora essa visão inicial de Meyer tenha se esvanecido hoje, inclusive nos cursos de formação, algo dela permanece no olhar do profissional.

As atividades foram substituídas por exercícios, ou no caso de alguns profissionais, por uma formação psicanalítica em que a fala passou a ser o instrumento privilegiado. Embora ao longo destes cem anos de existência a profissão tenha feito muitas tentativas de teorizar sobre seu instrumento de trabalho, as atividades, as contribuições mais importantes parecem ter vindo realmente da psicanálise.

Tendo como referência inicial o cuidado com pacientes histéricos, e uma técnica e teoria que privilegiava a linguagem verbal, pudemos observar como, ao longo do tempo, as teorizações psicanalíticas em torno dos casos graves aproximaram as duas abordagens.

Considero fundamentais as contribuições que autores como Winnicott e Milner, e mais recentemente, Roussillon oferecem para a compreensão do que a terapia ocupacional tem realizado de forma empírica há um século.

Como vimos acima, Winnicott abriu o caminho para a teorização das práticas de mediação com sua conceituação dos objetos e fenômenos transicionais. Sua abordagem do ambiente como elemento fundamental na constituição psíquica do indivíduo é perfeitamente aplicável ao trabalho da terapia ocupacional, e graças a esse enfoque ele se tornou referência constante nos trabalhos de terapeutas ocupacionais psicodinamicamente orientadas.

Já o conceito de meio maleável, de Marion Milner, pelo que pude constatar, não parece ter sido utilizado nas formulações teóricas de terapeutas ocupacionais. O conceito nos permite compreender de que forma a qualidade intrínseca dos materiais e a postura do próprio terapeuta, quando é capaz de funcionar como meio maleável, atuam de forma a permitir uma integração entre as realidades interna e externa do paciente. Temos aqui um recurso valioso não apenas para a reflexão sobre a prática das atividades em terapia ocupacional, mas também para a revalorização de seu uso terapêutico.

A grande contribuição dos trabalhos realizados por Brun e Roussillon (2012), discutidos brevemente neste trabalho, e que certamente merecem um estudo aprofundado no futuro,

encontra-se justamente na reflexão sobre a importância do uso dos dispositivos de mediação nas práticas terapêuticas com pacientes graves. Este é o ponto onde a terapia ocupacional tem a contribuir para as reflexões sobre a prática e teoria da própria psicanálise.

Outros conceitos psicanalíticos, citados brevemente nesta dissertação, como os de transferência e construção, por exemplo, também servem à reflexão sobre a terapia ocupacional. Mesmo que originalmente restritos a uma abordagem verbal, dentro da própria psicanálise seu sentido foi ampliado, como afirma Uchitel:

(...) é verdade que se pode caracterizar a interpretação em dois sentidos: uma formulação que contempla as “regras” da técnica analítica (mostrando um sentido latente que aponte o conflito defensivo, a fantasia ou o desejo, tomando como referência o campo transferencial) independente do resultado que dela sobrevenha; ou uma colocação que pode se apresentar sob a forma da palavra, do ato, do silêncio, do riso etc. e produzir efeitos, modificações, inclusive fora do enquadre propriamente analítico. (1997, p. 92)

Nos casos graves em saúde mental a tarefa parece ser justamente a de criar um espaço seguro para que o paciente experencie e vivencie o inédito que lhe permita começar a ser. Esse espaço implica em uma valorização dos fatores corpóreos, sensoriais, afetivos e da ação como possibilidade de simbolização e apropriação de si.

Trata-se de uma concepção de campo simbólico que vai considerar importante não tanto o significado de um determinado símbolo, mas fundamentalmente sua possibilidade de veicular uma experiência, uma vivência. É a função simbolizante que permitirá ao indivíduo seu atravessamento nas diferentes modalidades de estar no mundo: do estado subjetivo à realidade compartilhada. (SAFRA, 2005, pp. 23-24)

Esta parece ser a principal tarefa, partilhada por terapeutas ocupacionais e psicanalistas no campo da saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABRAM, J. *The Language of Winnicott*. Londres: Jason Aronson Inc. 1996.

BALINT, M. (1949). Changing therapeutical aims and techniques in psycho-analysis. In *Primary Love and Psychoanalytic Technique*. Londres: Karnac. 1994.

_____. (1967). As experiências técnicas de Sándor Ferenczi: perspectivas para uma evolução futura. In *Obras Completas Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes. 2011.

BENETTON, J. *Trilhas Associativas – ampliando recursos na clínica da terapia ocupacional*. CETO – Centro de Estudos de Terapia Ocupacional: São Paulo: 1999.

BRUN, A. Médiation picturale et psychose infantile. In *Les Médiations Thérapeutiques*. Toulouse: Éditions Érès. 2012. 1ª ed. 2011.

BRUN, A., CHOUVIER, B., ROUSSILLON, R. *Manuel des Médiations Thérapeutiques*. Paris: Dunod. 2013.

CINTRA, E. M. de U.; FIGUEIREDO, L.C. *Melanie Klein: estilo e pensamento*. São Paulo: Ed. Escuta. 2004.

DANIEL, M. The Relational Space of Supervision. In *Psychoanalytic Thinking in Occupational Therapy*. West Sussex: John Wiley & Sons. 2013.

DE CARLO, M. M. R. P., BARTALOTTI, C. C. *Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e Perspectivas*. São Paulo: Plexus Editora. 2001.

FERENCZI, S. (1928). Elasticidade da Técnica Psicanalítica. In *Obras Completas Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes. 2011.

_____. (1930). Princípio de Relaxamento e Neocatarse. In *Obras Completas Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes. 2011.

_____. (1931). Análise de crianças com adultos. In *Obras Completas Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes. 2011.

FERNANDES, S. R. A Transferência e a produção de um fazer criativo. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, vol.17, n. 3, pp. 123-128, set./dez., 2006.

FERRARI, S. M. Terapia Ocupacional. In: Betarello, S. V. (org.) *Perspectivas psicodinâmicas em psiquiatria*. São Paulo: Lemos Editorial. 1998.

FIGUEIREDO, L. C. (1989). *Matrizes do Pensamento Psicológico*. Petrópolis: Editora Vozes. 2012. 17ª ed.

_____. *As Diversas Faces do Cuidar – novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Ed. Escuta. 2009.

FRANCISCO, B.R. *Terapia Ocupacional*. Campinas: Papirus. 2001. 2ª ed.

FREIRE, J. M. G. Uma reflexão sobre a psicose na teoria freudiana. In *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. I, n. 1, março de 1998, pp. 86-110.

FREUD, S. (1895). Estudios sobre la Histeria. In *Obras Completas Vol. I*. Trad. Luis López-Ballesteros y de Torres. Buenos Aires: Editorial El Ateneo. 2008

_____. (1900). Interpretación de los Sueños. In *Obras Completas Vol. I*. Trad. Luis López-Ballesteros y de Torres. Buenos Aires: Editorial El Ateneo. 2008.

_____. (1911). Observaciones Psicoanalíticas sobre un Caso de Paranoia – Caso Schreber. In *Obras Completas Vol. II*. Trad. Luis López-Ballesteros y de Torres. Buenos Aires: Editorial El Ateneo. 2008.

_____. (1914a). Recuerdo, repetición y elaboración. In *Obras Completas Vol. II*. Trad. Luis López-Ballesteros y de Torres. Buenos Aires: Editorial El Ateneo. 2008.

_____. (1914b). Historia de una Neurosis Infantil – Caso del “Hombre de los Lobos”. In *Obras Completas* Vol. II. Trad. Luis López-Ballesteros y de Torres. Buenos Aires: Editorial El Ateneo. 2008.

_____. (1920). Más allá del Principio del Placer. In *Obras Completas*. Vol. III. Trad. Luis López-Ballesteros y de Torres. Buenos Aires: Editorial El Ateneo. 2008.

_____. (1923a). Esquema del Psicoanálisis. In *Obras Completas* vol.III. Trad. Luis López-Ballesteros y de Torres. Buenos Aires: Editorial El Ateneo. 2008.

_____. (1923b). Neurosis y Psicosis. In *Obras Completas* vol. III. Trad. Luis López-Ballesteros y de Torres. Buenos Aires: Editorial El Ateneo. 2008.

_____. (1924a). La Perdida de La Realidad en la Neurosis y en la Psicosis. In *Obras Completas* vol.III. Trad. Luis López-Ballesteros y de Torres. Buenos Aires: Editorial El Ateneo. 2008.

_____. (1924b). Autobiografía. In *Obras Completas*. Vol. III. Trad. Luis López-Ballesteros y de Torres. Buenos Aires: Editorial El Ateneo. 2008.

_____. (1937). Compendio del Psicoanálisis. In *Obras completas*. Vol. III. Trad. Luis López-Ballesteros y de Torres. Buenos Aires: Editorial El Ateneo. 2008.

GUGLIELMO, M. F. *As noções de interpretação e construção na obra freudiana*. Monografia apresentada ao curso de especialização em Teoria Psicanalítica. COGEAE- PUC. São Paulo. 2009.

GROSSKURTH, P. *O Mundo e a Obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Ed. Imago. 1992.

HEIDBREder, E. *Psicologias do Século XX*. São Paulo: Mestre Jou. 1981. 5ª ed.

JAMES, W. Habit. In *Occupational Therapy in Mental Health*, vol. 5 n. 3, 1985, pp. 55-67.

KING, P., STEINER, R. (org.). *As Controvérsias Freud – Klein 1941-45*. Rio de Janeiro: Ed. Imago. 1998.

KLEIN, M. (1929). Situações de Ansiedade Infantil Refletidas em uma Obra de Arte e no Impulso Criativo. In *Amor, Culpa e Reparação*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1930). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In *Amor, Culpa e Reparação*. Rio de Janeiro: Ed. Imago. 1996.

_____. (1932). *A Psicanálise de Crianças*. Rio de Janeiro: Ed. Imago. 1997.

_____. (1944). Comunicação de Melanie Klein sobre “A vida emocional e o desenvolvimento do ego no bebê com especial referência à posição depressiva”. In *As Controvérsias Freud-Klein 1941-1945*. Rio de Janeiro: Ed. Imago. 1998.

_____. (1952a). As Origens da Transferência. In *Inveja e Gratidão*. Rio de Janeiro: Imago. 2006.

_____. (1952b). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. In *Inveja e Gratidão*. Rio de Janeiro: Imago. 2006.

KUPERMANN, D. *Presença Sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2008.

LAPLANCHE, J., e PONTALIS, J. (1967). *Vocabulário da Psicanálise – Laplanche e Pontalis*. São Paulo: Martins Fontes. 2008. 4ª ed.

LETLEY, E. *Marion Milner: The Life*. New York: Routledge. 2014

LIDZ, T. Adolf Meyer and the Develop of American Psychiatry. In *Occupational Therapy in Mental Health*, vol. 5 n.3 1985, pp. 33-53.

LOPES, J. L. A psiquiatria na época de Freud: evolução do conceito de psicose em psiquiatria. In *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Março 2001, vol. 23, n. 1, pp. 28-33.

MÂNGIA, E.F., NICÁCIO, F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In *Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e Perspectivas*. São Paulo: Plexus Editora. 2001.

MEYER, A. The Philosophy of Occupational Therapy. In *Occupational Therapy in Mental Health*, vol. 2, 1983, pp. 79-86.

MILNER, M. (1934). *A Life of One's Own*. New York: Routledge, 2011.

_____. (1950). *On Not Being Able to Paint*. New York: Routledge, 2010.

_____. (1951). O papel da ilusão na formação simbólica. In *A Loucura Suprimida do Homem São*. Rio de Janeiro: Imago. 1987.

_____. (1969). *The Hands of the Living God*. New York: Routledge, 2011.

MUNCIE, W. (1939). Historical and Philosophical Bases of Psychobiology. In *Occupational Therapy in Mental Health*, vol. 5 n. 3, 1985, pp. 77-100.

PETOT, J. M. *Melanie Klein I*. São Paulo: Perspectiva. 2008.

PIERGROSSI, J.C. Re-awakening Psychoanalytic Thinking in Occupational Therapy: From Gail Fidler to Here. In *Psychoanalytic Thinking in Occupational Therapy*. West Sussex: John Wiley & Sons. 2013.

PIRES, L. *Do silêncio ao eco – autismo e clínica psicanalítica*. São Paulo: Edusp. 2007

RODMAN, F.R. *Winnicott: Life and Work*. Cambridge: Perseus Books Group. 2003.

ROUSSILLON, R. *Paradoxos e Limites da Psicanálise*. São Leopoldo: Editora Unisinos. 2005.

_____. Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutique à médiations. In *Les Médiations Thérapeutiques*. Toulouse: Éditions Érès. 2012. 1^a ed. 2011.

SAFRA, G. *A Face Estética do Self: teoria e clínica*. Aparecida: Ideias e Letras. 5^a edição. 2005.

SAYERS, J. New Introduction. In *On Not Being Able to Paint*. New York, Routledge, 2010.

SERRETT, K.D. Another Look at Occupational Therapy's History: Paradigm or Pair-of-Hands? In *Occupational Therapy in Mental Health*, vol. 5, n. 3, 1985, pp. 1-31.

SERRETT, K.D., NEWBURRY, S., TABACCO, A., TRIMBLE, J. Adolf Meyer: Contributions to the Conceptual Foundation of Occupational Therapy. In *Occupational Therapy in Mental Health*, vol. 5, n. 3, 1985, pp. 69-75.

SILVEIRA, Nise. *Imagens do inconsciente*. Rio de Janeiro: Allhambra. 1982. 2^a ed.

STONE, L. (1954). The widening scope of indications for psycho-analysis. In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2(4), pp. 567-594.

TEDESCO, S. Diálogos da Terapia Ocupacional e a Psicanálise: Terapia Ocupacional Dinâmica. In *Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2007.

UCHITEL, M. *Além dos limites da interpretação – indagações sobre a técnica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1997.

WINNICOTT, D. W. (1945). Desenvolvimento Emocional Primitivo. In *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago Editora. 2000.

_____. (1948). Pediatria e Psiquiatria. In *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago Editora. 2000.

_____. (1951). *Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais*. In *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago Editora. 2000.

_____. (1952). *Psicose e Cuidados Maternos*. In *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago Editora. 2000.

_____. (1954). *Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Analítico*. In *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago Editora. 2000.

_____. (1958). *A capacidade de estar só*. In *O Ambiente e os Processos de Maturação – estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed. 2008.

_____. (1962). *A integração do ego no desenvolvimento da criança*. In *O ambiente e os processos de maturação – estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed. 2008.

_____. (1971a). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1975.

_____. (1971b). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1984.

_____. *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes. 2001.

_____. *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes. XXXX

_____. *A natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1990.