

CLARISSA MEDEIROS

GIRANDO O CATA-VENTO

SOFRIMENTO E CUIDADO NA
PSICANÁLISE DO SER E FAZER

Texto apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de doutor pelo programa de pós-graduação em psicologia clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Nível: Doutorado

Orientadora: Profa. Livre Docente
Tânia Aiello-Vaisberg

São Paulo

2009

Para meu marido, por não ter medo da
dor e sustentar mundos, ainda que,
para isso, seja preciso
fazê-los levitar.

Para meu filho, por girar cata-ventos...

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Tânia, minha orientadora, pela aposta em meu potencial, pela genialidade e generosidade das contribuições ao longo deste e de outros percursos. Obrigada também por levar-me pela mão quando eu senti que não tinha mais o que oferecer.

Obrigada a pessoas queridas que, cada uma com sua habilidade e à sua maneira, contribuíram para que este trabalho ficasse pronto: minha mãe, Fabíola, Marco Aurélio, Jaqueline, Christiane, Néilson, foram todos artistas, lingüistas, babás, leitores, companheiros...

Obrigada a todas as psicólogas do Serviço de Psicologia do Hospital do Servidor Público Estadual, por dedicarem-se a transformar um dia-a-dia que poderia ser terrível e cansativo em um ambiente de solidariedade e alegria.

Obrigada aos pesquisadores da Ser e Fazer pelas composições e sonoridades que, coletivamente, fazem parte da música aqui apresentada.

Um bebê pequeno parece tentar girar um cata-vento assim como vê sua mãe fazer para entretê-lo. A aproximação do brinquedo provoca excitação e a criança se agita, movimentando rapidamente todo o corpo. Após tentativas que podem durar alguns dias, descobre que o segredo daquele efeito tão esperado está num movimento mais delicado feito com a ponta dos dedos. Ao conseguir girar o cata-vento, o bebê procura sorrindo o rosto da mãe e, ao perceber que esta compartilha sua nova descoberta, balbucia, ri e se agita. É fundamental notar que o bebê não celebra quando vê o cata-vento girar, mas sim quando encontra seu próprio gesto refletido no olhar da mãe.

RESUMO

MEDEIROS, C. Girando o cata-vento: sofrimento e cuidado na psicanálise do ser e fazer. 2009, 132f. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

O presente trabalho tem como objetivo investigar os fundamentos psicopatológicos exigidos pela psicanálise winnicottiana, concebida como cuidado à continuidade de ser, quando se busca coerência ética e epistemológica entre o olhar psicopatológico, a intervenção terapêutica e a antropologia implícita. Justifica-se por abordar a questão nuclear relativa à articulação existente entre teoria e clínica, no contexto da percepção de importantes estudiosos acerca da incompatibilidade entre o ser e o fazer clínico, que se desenvolve a partir do holding e do manejo do setting, e a adoção de modelos pulsionais, que pensam o psíquico segundo configurações fisicalistas. Metodologicamente, realizamos um estudo teórico-reflexivo a partir de três produções discursivas. A primeira consiste na apresentação dos contornos que caracterizam a clínica winnicottiana como cuidado à continuidade do ser, focalizando objetivos do tratamento, modalidades interventivas e sua inter relação. Esta apresentação, que assume uma discursividade teórico-conceitual, é retomada, ao longo do texto, por meio de narrativas de experiências clínicas, que favorecem o estabelecimento de um contato próximo e concreto com o solo clínico e experiencial a partir do qual este estudo se forjou. As duas outras produções discursivas consistem na introdução dos modelos teóricos estrutural- pulsional e estrutural- relacional, que são estudados de modo a detectarmos as linhas de força a partir das quais se organizam. O quadro assim configurado permite concluir que uma teorização psicopatológica relacional é não apenas possível, como indispensável, pois só deste modo se podem evitar reducionismos organicistas e fisicalistas.

Palavras-chave: psicopatologia; psicanálise; Winnicott, D.W.; psicoterapia; intervenção psicoterapêutica.

ABSTRACT

MEDEIROS, C. Turning the pinwheel: suffering and care in the psychoanalysis of “being-and-doing”. 2009, 132p. Thesis (Doctor’s Degree in Psychology). Institute of Psychology, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

The aim of this paper is investigating the psychopathological foundations demanded by Winnicottian psychoanalysis, conceived as care for the going-on-being. It is justified for approaching the core issue of the articulation between theory and clinical practice, according to the perception of important experts concerning the incompatibility between the clinical “being-and-doing” -- arisen from holding and setting management - - and the adoption of impulsional models -- which analyze the psyche according to physicalist parameters. In methodological terms, a theoretical-reflective study was conducted based on three essays. The first one consists of the introduction of the outlines that distinguish the Winnicottian clinic as the care for the going-on-being, focusing on the treatment aims, intervention modes and their mutual relationship. This introduction, which adopts a theoretical and conceptual discursive quality, is then recaptured along the text by means of clinical experience narratives. These narratives favor the establishment of a close and real contact with the clinical and experimental ground in which this study is rooted. The other two essays consist of the introduction of the impulsional-structural and relational-structural theoretical models, which are studied in order to help us detect the power sources which ground their organization. Such constructed picture allows to the conclusion that a relational psychopathological theorization is not only possible, but actually vital, because it is the only way to avoid organicist and physicalist reductionisms.

Key Words: psychopathology; psychoanalysis; Winnicott, D.W.; psychotherapy; psychotherapeutic intervention.

RÉSUMÉ

MEDEIROS, C. Tourner la girouette: la souffrance et les soins dans la psychanalyse de l'être et du faire. 2009, 132f. Thèse (Doctorat en psychologie). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brésil, 2009.

L'objet du présent travail est d'examiner les bases psychopathologiques requises par la psychanalyse winnicottienne, conçue comme soin pour la continuité de l'être. Il se justifie pour aborder la question centrale relative à l'articulation existante entre la théorie et le travail en clinique, dans le contexte de la perception d'importants chercheurs autour de l'incompatibilité entre l'être et le faire clinique qui se développe à partir du *holding* et de la manipulation de l'environnement, et à l'adoption des modèles pulsionelles qui pensent le psyché selon les configurations physicalistes. Méthodologiquement, c'est une étude théorique réflexive basée sur trois productions discursives. La première consiste en la présentation des contours qui caractérisent la clinique winnicottienne comme le soin pour la continuité de l'être, visant les objectifs du traitement, les modalités d'intervention et leur interrelation. Cette présentation qui s'articule dans une discursivité théorico-conceptuelle, est reprise au long du texte par des narratives d'expériences cliniques qui favorisent l'établissement d'un contact proche et concret avec la matière clinique et expérientiel à partir duquel cet étude s'est forgée. Les deux autres productions discursives consistent en l'introduction des modèles théorique-structurel-pulsionel et structurel-relationel qui sont étudiés afin que l'on puisse relever les lignes de force à partir desquelles ils s'organisent. Ainsi configuré, ce cadre permet de conclure qu'une théorisation psychopathologique relationnelle est non seulement possible mais indispensable, puisque c'est uniquement de cette manière que peuvent s'éviter des reductionismes organicistes et physicalistes.

Mots-clés: psychopathologie, psychanalyse, Winnicott, D.W.; psychothérapie, intervention psychothérapeutique.

SUMÁRIO

I-ESCOLHENDO A PEÇA: apresentação.....	10
A- Piano: há alguém chorando na noite?.....	17
II-AFINANDO OS INSTRUMENTOS: buscando um método.....	18
- Sobre as narrativas transferenciais como partituras.....	32
B- Flauta e o dia em que não ventou.....	44
III-ACORDES DO SOFRIMENTO HUMANO: teorias em psicopatologia, perspectivas pulsionais e relacionais.....	45
-Compositores: Freud.....	50
-Compositores: Bergeret.....	60
-Compositores: Bleger.....	65
C- Valsa, dor e futebol.....	73
IV- HARMONIA E DISSONÂNCIA: psicopatologia explícita e implícita.....	74
D- A cor dos olhos de Viola.....	94
V-LETRA E MÚSICA: psicopatologia e sustentação.....	95
- Intervenção e interpretação.....	96
- Sustentação e holding.....	104
- A sustentação e o tempo.....	108
- A sustentação e o lugar.....	111
- A sustentação e o entreolhar.....	115
E- Sonhos de um Tamborim.....	119
VI-EM DIREÇÃO À MELODIA.....	120
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127

I-ESCOLHENDO A PEÇA: APRESENTAÇÃO

Este trabalho tem como objetivo investigar os fundamentos psicopatológicos exigidos pela psicanálise winnicottiana, entendida como cuidado à continuidade de ser, quando se busca coerência ética e epistemológica entre o olhar psicopatológico, a intervenção terapêutica e a antropologia implícita. Nesse sentido, estaremos vinculando-a necessariamente a um modelo psicopatológico relacional, apoiado na dissociação como adoecimento humano cuja consequência é a impossibilidade de sentir-se vivo e real. Ancorados em uma leitura fenomenologicamente tonalizada da psicanálise winnicottiana e também em experiências clínicas nas quais a sustentação à continuidade de ser é a intervenção fundamental, observamos a impossibilidade de permanecermos orientados por um olhar psicopatológico pulsional ou metapsicológico, presente de maneira majoritária e explícita no universo psicanalítico. Questionamos a manutenção de um modelo psicopatológico pulsional, o qual parece não acompanhar as profundas transformações por que vêm passando a teoria e a clínica psicanalíticas. Nossa proposta de impreterível vinculação da teoria winnicottiana a um olhar psicopatológico relacional busca ir de encontro às necessidades de uma

clínica viva, solo de criações e inovações teóricas desde o início do conhecimento psicanalítico.

Compreender a natureza do sofrimento humano é uma preocupação antiga de vários campos da ciência, despertando especial dedicação dos pesquisadores as circunstâncias em que o sofrimento se torna adoecimento físico e mental. Inúmeras teorias foram e continuam sendo criadas na tentativa de entender, explicar e curar este adoecimento, algumas restritas a uma visão organicista de fundo químico-biológico, outras abrangendo condições internas e externas da existência dos indivíduos.

A presente investigação nasceu da intenção de elaborar um trabalho sobre um modelo clínico baseado no cuidado à continuidade de ser. O conceito winnicottiano de *holding* e procedimentos clínicos nele embasados vinham sendo o foco principal de leituras, da escrita de artigos e outras comunicações.

O encontro com outros pesquisadores da “Ser e Fazer”: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação¹ proporcionou trocas frutíferas, além de definição e pertencimento grupal a este percurso. Minha inserção no

¹ A produção escrita de pesquisadores do Laboratório pode ser lida em artigos, dissertações de mestrado e teses de doutorado como Camps (2003), Ambrosio (2005), Vitali (2004), Sato (2001), Granato (2000;2004), Mencarelli (2003), Micelli-Baptista (2003), Ferreira (2004), Giorgi (2003), entre outros.

Laboratório deu-se no momento de finalização de um projeto de pesquisas cujo conjunto² pôde apresentar o trabalho e a eficácia clínica de enquadres diferenciados no atendimento psicanalítico, enquanto paralelamente brotava um novo projeto, fruto de interesses e necessidades individuais e coletivas, que tinha por objetivo aprofundar e redefinir conceitos centrais de um estilo clínico ancorado no cuidado com a continuidade de ser, tais como *holding*, contratransferência e grupalidade.

No entanto, à medida que ganhava corpo um texto sobre a sustentação como intervenção psicanalítica, testemunhamos o surgimento de um objetivo paralelo que, dada a importância e força vital com que apareceu em experiências, pensamentos e discussões, não demorou a ser reconhecido e acolhido como verdadeira tese. Encontrando-nos especialmente afetados em nossa clínica por pessoas cujo sofrimento existencial é da ordem do não se sentir vivo, real e capaz de gestualidade espontânea, adotamos a tarefa de refletir sobre este

² Os pesquisadores do Laboratório desenvolveram e concluíram um projeto de pesquisa cujo objetivo foi apresentar a eficácia clínica de enquadres diferenciados de atendimento psicanalítico, tais como as oficinas psicoterapêuticas, as consultas psicoterapêuticas individuais e coletivas e a consultoria terapêutica. Nestes enquadres psicanalíticos, encontramos intervenções cujo fundamento é a sustentação à continuidade de ser do outro, visando sempre a aproximação do verdadeiro *self*, o que pode acontecer através da apresentação de materialidades escolhidas pelos psicanalistas favorecendo o brincar e a criação de mundos transicionais. Os enquadres propostos trazem diferentes organizações temporais e buscam atender pessoas com demandas e contextos variados, o que inclui pedidos por auxílio psicoterapêutico propriamente dito, cuidados psicoprofiláticos e a supervisão a outros profissionais.

sofrimento, assim como a respeito das condições concretas que o determinam.

Assim, discutimos uma formulação de psicopatologia não-pulsional que fundamenta e é coerente com um modelo clínico em que a sustentação, inspirada no *holding*, é o fazer fundamental. Diferenciamos *holding* e sustentação para reservarmos o termo winnicottiano ao que ele próprio procurou definir, acreditando que sustentar é uma intervenção clínica que vai além do que Winnicott propõe em sua formulação do termo. Iremos nos debruçar sobre esta idéia posteriormente a fim de aprofundar a sustentação como intervenção que não é reservada apenas para o trabalho com crianças ou com sofrimentos ditos psicóticos, como a leitura do termo *holding* pode inicialmente sugerir. Como conceber o sofrimento humano e sua relação com o adoecer? De que maneira tal concepção não-pulsional pode nos auxiliar clinicamente? Como trabalhar com pacientes a partir de um olhar que não oferece garantias quanto a estruturas mais seguras ou com menor probabilidade de entrar em colapso existencial? Como compreender uma instabilidade da condição humana que não se resolve com o cuidado materno suficientemente-bom?

Através de uma leitura crítica e não submissa das obras de Winnicott, assim como de experiências clínicas em que o cerne é a atenção às condições concretas do sofrimento humano e o cuidado com a continuidade de ser do paciente, observamos a pertinência de um modelo psicopatológico não-pulsional cujas raízes já se encontram presentes nesta abordagem e que é o mais coerente com tal posicionamento clínico.

Observamos intensa preocupação e esforço de pesquisadores no campo da psicopatologia quanto à questão da relação estreita entre diagnóstico e tratamento e avisamos o leitor que a presente investigação se distancia desta proposta. Percebemos a sustentação como intervenção clínica fundamental que acontece a partir de diferentes tonalidades ou feições em sintonia com um paciente que se apresenta delirante, aterrorizado, deprimido, cansado ou confuso em relação a desejos conflitantes. Neste sentido, nosso trabalho não se direciona para a criação ou o estudo de uma categoria diagnóstica compatível com uma ou outra maneira mais eficaz de tratamento, mas para um olhar em direção ao sofrimento que, em si, já se constitui intervenção integradora.

Penso ser importante informar ao leitor que esta vinculação da psicanálise winnicottiana a um modelo psicopatológico relacional foi construída teoricamente ao longo da tese. Embora tenha sido formulada

como teoria a partir de uma apropriação criativa dos textos de Winnicott, ela não é uma elaboração apenas mental ou intelectual. Este olhar para o sofrimento humano radicalmente distante da metapsicologia foi lapidado na clínica, ou seja, foi gerado e alimentado por encontros inter-humanos que comunicaram sentidos especiais. Nestas experiências, pude perceber a limitação do modelo pulsional e metapsicológico para a compreensão do sofrimento, assim como sua incoerência com uma clínica preocupada com o sentir-se vivo e real. Decidimos compartilhar com o leitor algumas destas experiências clínicas em forma de narrativas, apresentando àqueles que tiverem disponibilidade a ambiência em que o modelo psicopatológico aqui proposto foi escrito. Para a compreensão da tese teórica, o leitor não necessita ler as narrativas clínicas, ficando estas à sua disposição no momento e na ordem em que desejar, caso sinta vontade de conhecer o contexto cotidiano e concreto do nascimento e crescimento da tese. Tal qual um piano com suas teclas brancas e negras, poderíamos brincar com a idéia da tese teórica ser considerada as teclas brancas, enquanto as narrativas seriam as teclas pretas do instrumento. Juntas, formam uma unidade harmoniosa, mas podem ser tocadas separadamente sem comprometimento do sentido sonoro. Para aqueles que desejarem se aventurar pelas narrativas, gostaria de sugerir que o

fizessem em atitude psicanalítica, isto é, imbuídos de abertura e disponibilidade para o acontecer inter-humano, sem urgência de dissecações explicativas das experiências. Em algumas narrativas, ofereço posteriormente minhas associações em direção à discussão teórica de um modelo psicopatológico relacional. Em outras, optei por apresentar apenas os encontros narrados, acreditando que seu impacto sensível pode ser suficiente para compartilhar a experiência, o solo em que a tese germinou. Deixamos ao gesto espontâneo do leitor outras articulações e integrações possíveis.

Aproveito para contar também a quem ficar curioso que gosto da utilização de metáforas brincantes para a construção de trabalhos acadêmicos como estratégia que facilita a comunicação e a criação de sentidos, tanto para a teoria como para o processo da tese. Escolhi uma metáfora musical para auxiliar-me na apresentação deste trabalho, por isto os títulos dos capítulos e os nomes conferidos aos pacientes foram escolhidos dentro deste universo. Comecei a aprender música ainda bem criança, tendo passeado por alguns instrumentos como flauta doce e violão até dedicar-me mais intensamente ao piano clássico, instrumento de minha formação. Hoje, encontro-me bastante afastada da prática musical, dedicando-me, porém, sempre à escuta de composições novas e

antigas com paixão. O projeto inicial da tese trazia como suporte a metáfora de lapidação de pedras, o que tem um sentido importante em minha biografia. Quando optei pela mudança de tema, tive também o desejo de mudar a metáfora de sua apresentação. A música anunciou-se com naturalidade por fazer parte de minha vida cotidiana há muito tempo e por ser também um elemento de sintonia com minha orientadora pianista, também apaixonada por sonoridades brincantes.

PIANO: HÁ ALGUÉM CHORANDO NA NOITE?

Piano procurou espontaneamente auxílio psicológico devido a um grave problema de insônia que o impedia de dormir por noites inteiras. Com aparência descuidada e discurso rápido, fala a respeito de seu alto cargo na área da educação, enfatizando evidências de que sua nomeação se deu por merecimento e não por politicagem. Menciona projetos e reuniões importantes, mas não consigo perceber se ele, de fato, gosta daquilo que faz. Piano julga seu trabalho útil ao país e isto parece orgulhá-lo. Detém-se facilmente na explicação de leis e acontecimentos políticos que determinam as condições do ensino público brasileiro, mas silencia e se torna vago quando pergunto a respeito de temas mais íntimos como sua família ou amigos. Quando menciono estes aspectos de sua vida, fica estranhamente desconfiado, perguntando a respeito de minha formação profissional, de como a psicologia poderia ajudá-lo e da relevância de conversarmos sobre assuntos que não estavam, a seu ver, diretamente ligados à insônia.

Procuro sensibilizá-lo em relação à importância de tudo o que acontece com ele e conseguimos entrar em acordo quanto a um encontro semanal durante três meses. Como se mostra aflito e ainda mais reticente após constatar que eu julgava necessário o processo psicoterapêutico e não trabalharia com ele através de orientações breves sobre relaxamento ou exercícios que ele pudesse fazer para adormecer, pergunto de que tem medo. Piano responde, pausadamente, ser um grande sacrifício falar comigo, pois tinha certeza de que eu o classificaria como louco. Penso que esta afirmação foi o mais próximo que conseguiríamos chegar dele por algum tempo, mas eu só viria a compreendê-la semanas depois.

No decorrer do processo, Piano verbaliza suas tensões em função de uma vida profissional exageradamente atribulada e transbordante de responsabilidades. Acredita que a insônia está relacionada a esta situação, uma vez que está constantemente preocupado e não consegue se desligar das atividades diurnas. Durante a instalação e inauguração de um grande centro de ensino, conta que ficara mais de três dias seguidos acordado,

adormecendo sem intenção durante o almoço sobre a própria mesa de trabalho. Fala muito sobre estas questões, às vezes de modo aparentemente mecânico e até desinteressado. Em certos momentos, acredito que, apesar da relevância dos relatos, das atribuições práticas e opiniões contundentes que tem, a única coisa verdadeiramente interessante e pessoal que acontece com Piano é a insônia.

Apego-me a esta impressão, comunicando a ele que me sentia um pouco louca por acreditar que tais assuntos do trabalho não nos interessavam, isto é, apenas preenchiam o tempo da sessão sem permitir que nos aproximássemos de seu sofrimento concreto. Em algumas ocasiões em que julguei pertinente, continuei denominando a mim mesma como insana por não conseguir valorizar uma explicação aparentemente tão correta e coerente para sua impossibilidade de dormir. Piano parece incomodado com minhas interlocuções, tratando-as, aparentemente, como interferências ruidosas que quebram sua linha de raciocínio: ouve por educação, assente com a cabeça e prossegue com seu desabafo politizado.

Certo dia, Piano me pede uma sessão extra. Chega ao encontro com um discreto cheiro de álcool e visivelmente sonolento, desculpando-se seguidamente por sua má aparência, mas afirmando não conseguir mais suportar sua situação.

Aguardo em silêncio até que ele me fala, com o rosto escondido atrás das mãos, escutar um choro de criança a noite inteira e, por isso, não conseguir dormir. Inicialmente tentara acreditar que a criança morasse na vizinhança, mas, para seu espanto e horror, deu-se conta de que era o único a ouvi-lo: começava da mesma maneira, nunca mudava de tom e trazia consigo uma sensação apavorante de angústia e desespero. Não demorou para concluir que o choro estava dentro de sua cabeça e que, portanto, estava enlouquecendo. Havia estudado as manifestações delirantes e sabia que seu caso era chamado de psicose.

Preocupo-me com seu pavor e decido comunicar a ele que não estou com medo, brincando que julgaria muito mais loucos políticos eleitos que roubam dinheiro público sem qualquer embaraço ou culpa.

Piano sorri nervoso e pede que eu não solicite que procure um psiquiatra, pois tinha medo de ser internado.

Digo-lhe acreditar que a existência concreta desta criança naquele momento me parecia de pouca importância, pois antes precisávamos saber por que estava chorando. Piano pergunta se eu não havia entendido que a criança não existia no mundo real. Sustento minha posição, persistindo em que, se havia uma criança chorando, ainda que dentro dele, o mais apropriado era investigarmos de que ela precisava.

Piano falta às duas sessões seguintes. Quando comparece novamente, afirma estar muito confuso e diz querer entrar no “meu jogo”, mas não conseguir. Chora e pede ajuda, novamente um pouco alcoolizado.

Inicia-se então um tempo de nossos encontros em que converso com ele sobre crianças e bebês, buscando em suas experiências referências sobre o tema: seus filhos, filhos de amigos, sobrinhos, uma antiga amiguinha de escola de quem ele já nem se lembrava mais começam a surgir em suas lembranças. Conta nunca ter se sentido muito à vontade com crianças, pois não sabe o que fazer com elas. Ama profundamente os filhos e teme que algo de ruim possa acontecer com eles, mas acredita que sua esposa é mais competente para o cuidado rotineiro, realizando as tarefas de maneira tranquila e natural. Relata, constrangido, o dia em que ficou sozinho com os filhos a fim de que ela pudesse fazer um curso: sentiu-se atrapalhado e sem graça, achando que as crianças esperavam algum tipo de entretenimento que ele não podia oferecer. Não tinha idéia de passeios e não sabia ser divertido como a esposa, de modo que acabou se apegando demais aos horários da rotina para banho e refeições, mantendo-se o restante do tempo atento à televisão. Relata experiências de sua própria infância com muita dificuldade e pouco vocabulário: notas boas na escola, nenhuma matéria favorita, pouquíssimos amigos, excesso de brinquedos, nunca quis ser um super herói, nunca colecionou quadrinhos ou figurinhas, nunca quebrou uma vidraça com bola, não tinha primos ou animais de estimação. Para minha tristeza, Piano não conhece a Pantera Cor de Rosa e nunca assistiu à trilogia do Indiana Jones. Forma-se em minhas impressões o retrato de

uma criança tímida, sozinha e que havia encontrado pouca hospitalidade ao seu redor.

Digo a Piano que, caso eu encontrasse uma criança assim, compreenderia que ela precisava urgentemente de companhia. As crianças costumam ter medo de ficar sozinhas, principalmente à noite e no escuro.

A esta altura, ele já não fica mais tão confuso com minhas “insanidades” e comentários estranhos, rindo ao considerar que companhias eram algo difícil de ser encontrado e comentando o fato de sua vida ter ficado bem mais interessante após ter conhecido a esposa, pessoa festiva e bem humorada.

A psicoterapia de Piano passa novamente por outra mudança. Começa a arriscar-se em algumas atividades que nunca haviam estado presentes em seu cotidiano, como andar de bicicleta, telefonar para pessoas por razões diferentes do trabalho, ir ao cinema. Começa a fazer aulas de música e, às vezes, esquece de vir às sessões.

Um dia, digo-lhe desconfiar de que ele não precisava mais de mim. Piano mostra-se um pouco desconcertado, dizendo temer a interrupção da terapia, uma vez que a insônia não estava curada. Conversando, percebe que, embora ainda tenha dificuldades para dormir, isto já não o incomoda da mesma maneira, pois se levanta e fica tocando violão. Segundo ele, o choro de criança cessou. Consegue admitir não querer vir à terapia em alguns momentos, pois gosta da idéia de tentar cuidar de sua vida sozinho. Teme sentir-se dependente e descobrir na terapia uma muleta. Compartilho com ele minha impressão de que a criança está podendo ser acalentada, não precisando permanecer chorando na noite. Inicia-se um outro tempo de nossa história, quando passo a encontrá-lo por algumas semanas para conversar sobre seus problemas conjugais e sobre as novas músicas no violão, alternadas com longos períodos de ausência, nos quais imagino e espero que esteja fazendo seus ensaios.

II- AFINANDO OS INSTRUMENTOS: BUSCANDO UM MÉTODO

Os apreciadores de música erudita sabem que há um momento especial e fundamental antes de qualquer apresentação: a afinação dos instrumentos. Cordas, metais, sopros, todos soando juntos na busca não só da afinação particular, mas de um encontro harmonioso do conjunto que possibilite fazer música. É neste instante que a platéia dispersa começa a entrar em um estado de silenciosa concentração e espera relaxada. Sabemos que a música em breve irá começar e não precisamos ter pressa, podemos encontrar uma posição confortável e ficarmos disponíveis para a escuta. O valor do que iremos ouvir só pode acontecer se não nos furtarmos à tarefa fundamental de afinar os instrumentos, conferindo sentido e clara melodia ao som. É com este espírito que gostaria de apresentar o campo epistemológico e as estratégias metodológicas que serão os alicerces deste trabalho.

Tomamos como pesquisa uma investigação que não desvincule a prática, a experiência vivida da teorização ou das compreensões que formulamos. Desta forma, esta pesquisa parte de perguntas, tratando-se de uma investigação reflexiva e conceitual em que nos lançamos como

uma apropriação não submissa da obra de alguns interlocutores teóricos, inspirados por questionamentos nascidos da própria prática clínica. Percebendo a importante fecundidade destes interlocutores no que diz respeito ao rigor do pensamento psicanalítico e de sua aplicação terapêutica, questionamos a pertinência e manutenção de um modelo psicopatológico pulsional que parece não acompanhar as radicais transformações por que vêm passando a teoria e a clínica psicanalíticas. Se nosso entendimento sobre os conflitos e necessidades humanas muda para tentar dar conta de demandas contemporâneas, por que o modelo psicopatológico explícito nestas teorizações permanece praticamente inalterado em sua essência e fiel a construções antigas? Não seria então necessário iniciarmos o reconhecimento de uma mudança também em nosso olhar para o sofrimento humano, visando conferir maior rigor a um fazer que já vem claramente se transformando, se comparado à psicanálise de quarenta anos atrás? Autores psicanalistas que exerceram uma clínica viva e transformadora compreendiam o sofrimento humano como uma luta de forças individuais internas? Como reformular este modelo psicopatológico de maneira a fazer justiça aos avanços alcançados pela psicanálise em outros campos de sua inserção?

Amparados por uma relação de uso que toma a teoria como fenômeno humano intersubjetivo (Winnicott, 1969a; Aiello-Vaisberg, 1999) e por uma clínica essencialmente vincular, este percurso só pode acontecer numa perspectiva epistemológica que não dissocia sujeito e objeto, mas propõe-se a investigar fenômenos na intersubjetividade.

Antes de apresentar as estratégias metodológicas propostas para esta investigação, é importante definir sua inserção num campo epistemológico caracterizado pela não-dissociação entre o pesquisador e o fenômeno investigado.

Esta não-separação entre o homem e o mundo percebido e vivido encontra-se articulada a uma concepção epistemológica mais ampla e complexa, concepção esta que se diferencia em relação a outro modelo anterior, o qual podemos denominar como ciência clássica ou positivista. Estas bases apresentam um modo específico de conceber o mundo e o fenômeno humano, abordando-os e descrevendo-os como algo exterior a um observador supostamente externo ou separado. Tal crença é subjacente a métodos e procedimentos de pesquisa, guiados por princípios como a verificação empírica e a neutralidade do observador. Neste sentido, a subjetividade é entendida como “variável” a ser excluída ou eliminada a fim de se descobrirem as leis que regeriam os fenômenos e

permitiriam seu controle. A realidade aqui é compreendida como exterior e pré-existente, continuando a funcionar da mesma maneira na ausência daquele que a percebe.

Concordamos com Morin (2006), pensador francês destacado nas pesquisas em filosofia e epistemologia, quando afirma que o preço deste modelo epistemológico é a redução do humano ao biológico, do complexo ao forçadamente simples, tornando-o incompatível com a construção do conhecimento em ciências humanas:

Na visão clássica, quando surge uma contradição num raciocínio, é um sinal de erro. É preciso dar marcha a ré e tomar um outro raciocínio. Ora, na visão complexa, quando se chega por vias empírico-rationais a contradições, isto não significa um erro, mas o atingir de uma camada profunda da realidade que, justamente por ser profunda, não encontra tradução em nossa lógica.

(Morin, 2006, p.68)

Percebemos que admitir a complexidade, a ambivalência e o paradoxo dos fenômenos nos leva, enquanto pesquisadores, não apenas a aspectos mais profundos da experiência, o que poderia privilegiar uma análise acentuadamente intelectualizada e explicativa, mas à experiência viva que traz em seu cerne a sensorialidade e a emoção de pessoas inteiras.

Para além disto, podemos hoje afirmar com radicalidade que a adoção de um referencial epistemológico inspirado na fenomenologia exclui o modelo positivista como mais adequado para a produção de conhecimento, independentemente do campo, assunto ou fenómeno investigado. Aiello-Vaisberg (2003a) explicita que os pressupostos epistemológicos estão sempre ligados a pressupostos éticos do pesquisador. Entendemos então que tais princípios definem uma maneira particular de conceber o mundo e posicionar-se, o que não se modifica de acordo com o tema ou a área da pesquisa.

No referencial epistemológico de tonalidade fenomenológica aqui adotado, compreendemos o homem num mundo que é, ao mesmo tempo, percebido e criado por ele, por uma maneira de perceber singular e coletiva. Cada compreensão é um recorte único, legítimo e passível de ser compartilhado com outros, sem que seja necessária a dissociação redutora e reificadora do homem e do fenómeno investigado.³

³ É necessário um esforço para definirmos de que fenomenologia estamos falando, uma vez que é impossível falar desta ciência no singular. Moreira (2004) aponta diferenças na fenomenologia a partir de três grandes autores que imprimiriam visões de homem e de mundo singulares a este campo de conhecimento: Husserl, Heidegger e Merleau-Ponty. De acordo com Moreira (2004), Husserl, fundador da fenomenologia, adotaria um idealismo que busca, através do método fenomenológico, apreender a essência do mundo. Heidegger teria marcado seu percurso através de uma ontologia do

Nosso referencial epistemológico é inspirado na fenomenologia concebida por Merleau-Ponty, o qual compreende a experiência como vivida no mundo, encarnada no corpo e na intersubjetividade. Não tomamos o conceito de experiência como foi pensado por Husserl, isto é, como consciência da essência das coisas em direção a uma síntese.

Definindo as bases da fenomenologia, Merleau-Ponty (1945) afirma que

o mundo não é o que penso, mas o que vivo, estou aberto ao mundo, comunico-me indubitavelmente com ele, mas não o possuo, ele é inesgotável.
(p. 14)

Critica o objeto ideal do modelo positivista, que não seria o que é percebido pelo ser, mas um conjunto de propriedades gerais que retira do mundo seu valor ontológico e tem como grave consequência o tecnicismo, isto é, regras de um fazer que independe de quem percebe e realiza a ação. Concebe uma teleologia implícita num modelo epistemológico de inspiração fenomenológica que reconhece haver sempre um para além ser-no-mundo. Já Merleau-Ponty inaugura uma fenomenologia de cunho existencial através da qual faria uma crítica a Husserl no sentido de haver uma essência das coisas separada do homem. Merleau-Ponty toma a experiência como foco de estudo e compreensão, buscando através dela a singularidade de cada acontecimento em detrimento de sua generalização.

inerente aos fenômenos, impossibilitando que sejam esgotados ou compreendidos de maneira absoluta. O fenômeno aqui é estudado como aparição que acontece para alguém inserido num mundo de maneira cultural, histórica e política. Ao mesmo tempo, não haveria neste modelo uma fusão deformadora entre o observador e o fenômeno percebido cuja conseqüência seria confusão, mas um encontro destes num arranjo espontâneo das partes que faz surgir um sentido.

Apesar de nossa aproximação com este modelo existencial da fenomenologia, diferimos deste campo em relação a seu desdobramento em um método de investigação do fenômeno humano. Moreira (2004) esclarece que o método de investigação fenomenológico, dentro de uma concepção existencial e mundana, constrói-se a partir da relação com o chamado sujeito colaborador, que irá participar de entrevistas com o pesquisador formuladas a partir de uma pergunta norteadora sobre o tema que se pretende compreender. Com o método aqui utilizado como estratégia de pesquisa, o conhecimento será construído a partir da relação estabelecida com as leituras e também com pacientes que solicitam auxílio ao pesquisador e psicanalista, compartilhando com este uma experiência psicoterapêutica através da qual buscam receber ajuda e alívio para seu sofrimento existencial. Este *setting* de atendimento é

diferente daquele estabelecido com um sujeito colaborador, estando o tempo todo presentes e atuantes dispositivos do campo psicanalítico como transferência e atenção flutuante.

Decidimos correr o risco de que este capítulo se ampliasse mais do que o esperado devido a uma descoberta com a qual nos deparamos no decorrer desta investigação. Não podemos apresentar, neste momento, um método inteiramente construído que tenha sido utilizado nesta produção. O método aqui aplicado não coincide exatamente com o que conhecemos como método hermenêutico para a produção de estudos teóricos, nem com o método psicanalítico adotado em diversas pesquisas clínicas.

Herrmann (2004) discute a existência de três tipos de pesquisa acadêmica que abordam a psicanálise. O primeiro deles é denominado pesquisa teórica, tratando-se de investigações que propõem a discussão de conceitos psicanalíticos. Este tipo de pesquisa, segundo Herrmann, versa sobre psicanálise, mas não é exatamente psicanálise, constituindo-se abordagens hermenêuticas da teoria. O segundo modelo é chamado pesquisa empírica, compreendida como investigações que buscam imitar modelos positivistas, trabalhando com dados quantitativos e procurando eliminar a suposta interferência da interpretação subjetiva do

pesquisador. Estas pesquisas seriam aplicadas na tentativa de comprovar ou refutar a eficácia de tratamentos psicanalíticos através de dispositivos quantitativos como escalas e questionários controlados, desviando-se fundamentalmente do método psicanalítico e da natureza dialética do fenômeno humano. Já o terceiro modelo de pesquisa é chamado por Herrmann de pesquisa clínica, sendo o que mais combinaria com a psicanálise. Nestas investigações, encontraríamos a aplicação do método interpretativo para a compreensão de sessões psicanalíticas ou fenômenos da chamada clínica extensa, entendida como situações institucionais e produções culturais. Herrmann (2004) afirma que:

... as teorias psicanalíticas, quando em estado teórico, admitem combinações e variações quase ilimitadas; somente no quadro metodológico da clínica elas encontram seu pleno sentido de origem. (p.82)

Refletindo sobre estas idéias, compreendemos que a presente investigação traz elementos do modelo de pesquisa teórica proposto por Herrmann e também do modelo de pesquisa clínica, porém não coincide exatamente com ambos.

São conhecidos rigorosos estudos teóricos que versam sobre a psicanálise, elaborados a partir de um método hermenêutico e amparados

por uma orientação filosófica sólida e bem fundamentada. Um exemplo deste tipo de trabalho pode ser encontrado em Dias (2003):

No essencial, usarei o princípio clássico da hermenêutica, segundo o qual cada parte de uma obra deve ser entendida à luz da totalidade dessa obra e, por outro lado, a estrutura desta deve ser reconstruída levando em conta cada parte que lhe pertence. No presente caso, não se trata de oferecer uma leitura exaustiva da obra de Winnicott como um todo, mas de reconstruir a mais central de suas seções – a teoria do amadurecimento. Aplicando o princípio metodológico da hermenêutica a esta tarefa particular, procederei de modo a compreender as afirmações de Winnicott sobre o tema em questão, à luz da totalidade de seu pensamento. (p.17)

Além de eu mesma não ter o talento necessário para este tipo de abordagem, escolhas não me direcionaram em um percurso de leituras mais filosóficas que configuram um tipo singular de contato com o mundo. Considerando o valor e utilidade de tais estudos para o aprofundamento teórico e organização de conhecimentos, pensamos que as discussões apenas teóricas podem levar a produções abstratas quase ilimitadas, uma vez que, na combinação mental dos conceitos, inúmeras conclusões podem ser coerentes sob o ponto de vista argumentativo. Porém, tais conclusões podem não ser pertinentes ao que encontramos na clínica, solo seguro e fértil quando se pretende abordar o fenômeno humano em suas condições concretas de existência. Através do método hermenêutico,

o pesquisador produz conhecimento colocando, no momento da análise conceitual, a clínica de lado ou entre parênteses. Além disto, não acreditamos na existência de uma totalidade de pensamento winnicottiano e não trabalhamos a partir desta perspectiva, mas sim da legitimidade de inúmeras leituras que podem ser feitas desta teoria, rigorosas e fundamentadas a partir de diferentes pontos de vista.

Pensando nisso e em meu percurso a partir do método psicanalítico é que optamos pela apresentação do solo clínico sob a forma de narrativas, que não serão, entretanto, analisadas ou interpretadas diretamente no formato de uma pesquisa clínica. Nossa reflexão conceitual e argumentativa primeira recai sobre teorias psicopatológicas propostas por diferentes interlocutores da psicanálise, em especial Winnicott, para conceber a necessária vinculação da clínica da sustentação a um modelo psicopatológico relacional. O modelo de pesquisa aqui apresentado vem sendo utilizado coletivamente pelos pesquisadores da Ser e Fazer: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação, permitindo que o olhar do pesquisador recaia ora sobre a teoria, ora sobre a clínica, conferindo a estes dois seguimentos de trabalho uma relação potencialmente fértil e transformadora. Neste sentido, embora os casos clínicos apresentados nas narrativas tenham sido atendidos a partir do

método psicanalítico, não é possível afirmar que o uso feito destas narrativas se dá pela aplicação do mesmo. A proposta de uma investigação teórica e reflexiva, entremeada pela apresentação das narrativas, visa esclarecer a presença do sujeito que realiza este trabalho não apenas como intelectual e pensante, mas como pessoa afetada pela clínica que procura integrar o pensar e o sentir na produção e justificativa de um conhecimento.

Realizamos aqui uma investigação teórica e reflexiva que nasce na clínica e apresenta-se a partir de três formas discursivas. Na primeira, investigamos os fundamentos do modelo psicopatológico estrutural-pulsional, especificando as motivações que o regeriam e suas conseqüências para a clínica. Paralelamente, desenvolvemos reflexões a respeito do modelo estrutural-relacional, buscando as bases sobre as quais este se constituiria e sua coerência com uma clínica voltada para o cuidado com a continuidade de ser. Finalmente, realizamos uma caracterização da clínica winnicottiana concebida como sustentação à continuidade de ser, relacionando objetivos do tratamento e intervenções clínicas. As três modalidades discursivas estão em constante diálogo com as narrativas transferenciais apresentadas, afastando-se de construções

intelectualizadas abstratas e desencarnadas para residirem em um solo clínico concreto.

Nesta pesquisa, realizamos uma aproximação metodológica em relação à teoria psicanalítica tomando-a como objeto-teoria:

Retomemos, neste momento, nossas idéias acerca do tipo de vínculo que o psicólogo estabelece com a teoria, no contexto clínico-psicanalítico, distinguindo duas possibilidades. A primeira delas respalda-se numa visão moderna de ciência que, embora se pretenda racional e objetiva, é, de fato, de índole defensiva, do ponto de vista emocional, resultando ironicamente na adoção de postura reverente e eclesiástica, conforme a qual a teoria é algo cristalizado, reificado e imutável. A segunda possibilidade consiste numa visão da teoria como construção coletiva, possível em determinado momento histórico, de acordo com as limitações do humano quando se empenha na aquisição de inteligibilidade transformadora acerca da vida e do mundo. É coerente com esta concepção o estabelecimento de uma relação mais solta, inventiva e espontânea com a teoria. (Aiello-Vaisberg, 1999, p.201)

Para melhor compreender esta idéia, podemos lembrar o conceito winnicottiano de uso do objeto. Winnicott (1969a) fala desta capacidade de uso no âmbito das relações humanas quando uma pessoa consegue colocar fora da área de sua própria onipotência a existência do objeto por si mesmo. Estamos diante de um fenômeno que é da ordem da

subjetividade, no qual a relação não se dá mais a partir de projeções e indissociações, mas do reconhecimento por parte de alguém da existência do objeto a partir de sua própria natureza, independentemente das projeções sobre ele colocadas. Decorre de tal relação a possibilidade de destruição do objeto e de sua sobrevivência, pois a confiança na continuidade de existência do objeto para além de mim libera-me para usá-lo de maneira pessoal e não submissa.

Pensamos que a transposição desta idéia, como propõe Aiello-Vaisberg (1999) para a relação de um psicanalista ou pesquisador com suas teorias pode se revelar bastante frutífera por permitir uma apropriação criativa do conhecimento. A confiança na existência independente do objeto e na sobrevivência do mesmo torna possível usá-lo, realizando modificações e não tomando tal relação sob paradigmas de submissão ou aceitação acrítica.

Encontramos ressonância desta aproximação criativa entre pesquisador e teoria no pensamento de Schmidt (1999) acerca do ecletismo e do dogmatismo na adesão às teorias psicológicas:

A absolutização de uma perspectiva teórica como forma de explicação da existência, bem como seu espelhamento num modo de intervenção

prescritivo e normalizador, produz efeitos de exclusão e dominação sobre o outro. (p. 32)

Notamos aqui os perigos envolvidos em uma adesão irrestrita a modelos teóricos tomados como verdades indiscutíveis, pois tal postura leva à aplicação destes como técnicas independentes das pessoas envolvidas, favorecendo condutas limitantes e antiéticas.

Nesta direção, concordamos com Lopez (1999) quando afirma que:

Na ação prática, muitas vezes, delineia-se uma proposta de construção teórica ou de revisão de conceitos. Poderá (o pesquisador), por exemplo, descobrir que aproximou conceitos em uma forma singular, reorganizou alguns referenciais, estabeleceu relações novas, criou pontes, adaptou técnicas criando conexões que viabilizaram as respostas adequadas à prática e indicaram direções de desenvolvimento teórico. (p.14)

Conceber o homem como essencialmente criativo exige tomar suas produções a partir do mesmo pressuposto. Assim, as teorias são concebidas como produções humanas reveladoras de uma perspectiva coletiva e também pessoal, que necessariamente leva em consideração a biografia e as experiências profissionais concretas daqueles que as utilizam, carregando potencialidades não desenvolvidas porque ainda não tomadas a partir deste ou daquele olhar.

Concebemos a explicitação do método não como mapa para que um estudo possa ser replicado, o que não faz sentido a partir do campo epistemológico em que estão inseridas as ciências humanas e esta investigação. Compartilhamos o modo como este trabalho foi articulado visando o cultivo de uma transparência para que a comunidade científica possa lê-lo criticamente, tomando os leitores como não submissos. O método aqui aplicado produz dois escritos articulados: um teórico e um clínico. Procuramos precisar em que ele consiste, percebendo que, neste momento, temos maior clareza quanto a quem o aplica do que a seu conteúdo formal. Podemos afirmar que os pesquisadores com formação filosófica aplicam o método hermenêutico e os psicanalistas, o método psicanalítico. O método aqui utilizado nos parece coerente com os psicanalistas que estão fazendo uma outra coisa que não psicanálise clássica. Tratando-se de um estudo teórico e reflexivo gestado na clínica, não trabalhamos com tramas de conceitos, mas preferimos parafrasear Winnicott, ao citar o poeta Tagore, e afirmar que brincamos na praia do mar de mundos sem fim. Nossos mundos sem fim são os pacientes aqui apresentados.

Sobre as Narrativas transferenciais como partituras...

Fazer música e compartilhá-la socialmente exige que a sonoridade inventada ou encontrada se organize e possa ser comunicada sob a forma de leitura. As partituras são os livros da música, isto é, páginas nas quais os sons são escritos através de uma linguagem especial e que podem ser acompanhadas por outros músicos ou apreciadores sensíveis a estes códigos. Seguindo a metáfora, utilizaremos as narrativas transferenciais como partituras para compartilhar experiências clínicas, acreditando poderem ser compreendidas e interpretadas num encontro entre a sensibilidade do leitor e a intenção do narrador.

Concordamos com Herrmann (2001) ao afirmar a existência de uma sustentação invariável de todo e qualquer conhecimento em psicanálise que chama de método psicanalítico. Para este autor, o método caracteriza-se por ser essencialmente interpretativo, revelando-se clinicamente através da ruptura de campo, isto é, de uma quebra do discurso alcançada através da interpretação do analista que gera o questionamento e a dúvida quanto à Ocorre então a atribuição de um sentido conhecido a determinado material ou episódio, seguida pela abertura a novos sentidos antes ocultos, capazes de redefinir o discurso e a experiência a partir de novas bases. Diferentemente de Herrmann, no

entanto, tomamos o método interpretativo da psicanálise distanciando-nos de sua aplicabilidade a interpretações que privilegiam o discurso representativo. Compreendemos o método como afirmação de que toda e qualquer conduta humana tem sentido, ainda que este se mantenha enigmático e dificilmente venha a ser compreendido na prática. Mantemos esta definição do método, observando um posicionamento radicalmente ético e não excludente, impeditivo de que qualquer conduta, ainda que aparentemente incoerente ou inaceitável, venha a despencar do campo da humanidade.

Tomando o método psicanalítico em sua fundamentação interpretativa, temos uma atitude de abertura para o acontecer que permite a criação e o encontro de diferentes sentidos. Nisto percebemos a verdadeira aceção das chamadas associação livre e atenção flutuante, pois configuram-se em disponibilidade para o fenômeno como experiência, livre de pré-conceitos ou dogmatismos. Tal atitude investigativa e interpretativa pode ser exercida diante de diferentes fenômenos humanos, sejam eles sessões de análise, notícias de jornal, obras de arte ou até a própria teoria psicanalítica.

Apoiamo-nos no método psicanalítico em momentos distintos da tessitura e da apresentação das narrativas. Primeiramente, visualizamos

um plano de encontro inter-humano com o paciente, momento em que o método psicanalítico delinea a configuração do acontecer clínico. Tal enquadre é marcado pela atitude fenomenológica de abertura e disponibilidade para o acontecer, permitindo o que poderíamos chamar de nascimento do som, isto é, a experiência inter-humana de encontro. Em um segundo momento, o método psicanalítico funciona como nossos olhos e mãos, ou seja, meios para percebermos e escrevermos a narrativa que será o registro do acontecer clínico. Através da memória e atenção flutuante, torna-se possível desenhar a sonoridade do encontro inter-humano em direção a uma melodia que possa vir a ser compartilhada com aqueles leitores que assim o desejarem.

Aiello-Vaisberg e Machado (informação verbal) denominam narrativas transferenciais esta forma de apresentação do acontecer clínico numa perspectiva fenomenológica. Estas comunicações valorizam o mundo vivido como campo de experiência a partir do qual o conhecimento pode ser criado sem afastar-se da dramática humana e preservando múltiplos sentidos existenciais. As narrativas transferenciais possuem estreita relação com o conceito winnicottiano de apresentação de mundo, uma vez que o narrador apresenta uma experiência dramática vivida sem que sua comunicação obstrua o encontro e a criação de

sentidos de maneira pessoal pelo leitor, que podem ser diferentes daqueles apresentados pelo narrador. As narrativas são frutos da experiência e podem ser pensadas em dois momentos: primeiramente, a elaboração de uma narrativa a partir da memória e atenção flutuante do narrador sobre a experiência vivida; posteriormente, o momento em que temos a narrativa como obra, podendo ser lida pelo narrador e também por outros pesquisadores, permitindo o encontrar e o criar de possíveis sentidos.

As narrativas transferenciais encontram-se intimamente relacionadas à experiência contratransferencial tal como compreendida na clínica winnicottiana, isto é, como resposta total do analista às necessidades do paciente (Winnicott, 1960). Nesta perspectiva, a contratransferência não é vista como falha do analista que, devido à necessidade de mais análise, ficaria submetido a sentimentos pessoais prejudiciais para um bom trabalho. É desejável que o analista mantenha sua vulnerabilidade, o que pode ser compreendido como permitir ser afetado em sua personalidade pela presença e experiência do paciente, não dissociando sentimentos verdadeiros que surjam a partir deste contato, mas utilizando-os no manejo clínico. Desta maneira, as narrativas são elaboradas a partir da experiência clínica, mergulhando-se nos

sentimentos contratransferenciais vividos pelo analista neste trabalho e procurando-se apresentá-los também ao leitor a fim de que a atmosfera do encontro clínico possa ser compartilhada.

Podemos pensar a narrativa verbal ou escrita como o olhar a partir do qual o pesquisador apreende aquele encontro humano. Naturalmente, quando falamos ou escrevemos sobre um atendimento, realizamos um recorte que tem relação com o que desperta nosso interesse, de que maneira somos impactados pelo encontro, que aspectos de nossa própria história são evocados neste processo, que tipo de vínculo se formou entre as pessoas que participaram do encontro. A narrativa em pesquisas pode ser compreendida então como um olhar do pesquisador e narrador que busca apreender um sentido dramático daquele acontecer humano. Este sentido diz respeito a uma trajetória humana que se dá através de gestos e é sempre relacional. É diferente de buscarmos um sentido teórico ou mítico para as condutas humanas, uma vez que há um foco nos vínculos e na singularidade das relações estabelecidas dentro de um contexto histórico, político e cultural.

Bosi (2003), ao falar sobre particularidades do olhar do narrador, diz que

O olho que só reflete é espelho, mas o olhar que sonda e perscruta é foco de luz. O olhar não decalca passivamente, mas escolhe, recorta e julga as figuras da cena social mediante critérios que são culturais e morais, saturados portanto de memória e pensamento. A diferença entre o olhar-espelho e o olhar-foco é vital na formação da perspectiva. No primeiro, temos a narrativa como reflexo de uma realidade já formada e exterior à consciência. No segundo, temos a narrativa como processo expressivo, forma viva de intuições e lembranças que apreendem estados da alma provocados no narrador pela experiência real. (p.48)

A singularidade do olhar ganha valorização à medida que podemos nos dar conta de que sua riqueza e utilidade não se encontram na pretensão de uma descrição que seria percebida universalmente da mesma maneira, mas no evidenciar de matizes únicos pertencentes à relação particular estabelecida entre aquele que narra e a experiência vivida.

Neste ponto, caberia questionar se a narrativa aqui é um processo apenas expressivo de comunicação, como diz Bosi, ou se ela seria o próprio acontecer da experiência vivida. Se tomarmos a narrativa como processo expressivo, podemos cair numa noção errônea que percebe o narrar como técnica, isto é, uma maneira correta de produzir uma versão-relatório daquilo que foi experimentado, a ser apreendida e repetida por

qualquer narrador. Pensar na narrativa como processo apenas expressivo aproxima-nos da noção de relato, ou seja, da história contada por alguém que já se afastou do acontecer dramático, localizado num tempo passado, podendo então oferecer uma versão organizada daquilo que presenciou. Na apresentação do acontecer clínico através de narrativas transferenciais, entendemos que o psicanalista não se afasta da dramática humana para apresentá-la num momento posterior, mas mergulha em outro momento desta experiência que não permanece cristalizada no passado, pulsando viva enquanto é lembrada e direcionada num sentido de comunicação a outros que não a conhecem. O momento mais intimista da elaboração da narrativa transferencial é posterior a um acontecer clínico que não permanece no passado, mas é tornado presente à medida que ganha novos sentidos e contornos na memória, ao mesmo tempo em que é lançado para um devir pela expectativa de comunicação, interlocução e possíveis transformações a partir de outros leitores. A narrativa aqui é compreendida então não como processo expressivo, mas como um segundo acontecer inter-humano, uma ação pautada na lembrança e no vínculo, que possibilita o compartilhar de uma experiência vivida através de outra vivência: o narrar.

Paralelamente, conceitos de narrativa e narrador nascidos no campo da literatura diferem da narrativa como apresentação do acontecer clínico por não se encontrarem articulados ao método psicanalítico e, portanto, não abarcarem os fenômenos transferenciais e contratransferenciais. Retiram muitas vezes o narrador da experiência vivida para torná-lo observador que, mesmo participativo, percebe a cena, mas não está dentro do acontecimento vivo nem nele emocionalmente implicado. Neste ponto, caberia considerar que é diferente perceber a experiência e vivê-la concretamente.

Para Benjamin (1936/1994), a narrativa não tem objetivo descritivo ou informativo, mas político. Ele escreve sobre a exatidão da narrativa, refletindo que

o contexto psicológico da ação não é imposto ao leitor. Ele é livre para interpretar a história como quiser, e com isso o episódio narrado atinge uma amplitude que não existe na informação. (p.203)

A exatidão pode ser entendida como precisão do olhar não porque vê o certo ou o real, mas porque apreende o verdadeiro para aquela relação. O rigor dá-se através de um comprometimento com o verdadeiro, afastando o pesquisador-narrador de um modelo de ciência em que o conhecimento é cópia fiel e representada da realidade. Ser um recorte

deixa de ter o sentido negativo de restrição, configurando-se novamente como singularidade ou possibilidade única de compreensão. É interessante notar que a compreensão presente na narrativa é diferente da explicação, pois mantém a investigação e não encerra o sentido dramático ao conferir uma resposta ou solução. Ao afirmar que o contexto não é imposto ao leitor, Benjamin é sensível à qualidade viva da construção da narrativa, isto é, a seu movimento entre passado, presente e futuro quando o narrador não trata a experiência como informação, mas preserva aberturas à escuta de sentidos diversos, capazes de ultrapassar um tempo. A informação se afasta da dramática e do pessoal, estagnando a experiência numa observação finalizada e fechada a outras compreensões, neste sentido imposta ao leitor como fato consumado a respeito do qual é permitido saber, mas não interagir. Novamente, Benjamin é um interlocutor interessante da literatura, cabendo lembrar que suas concepções partem de perspectivas diferentes da psicanálise ao tratarem o narrador como observador da cena. Num contexto literário, o narrador não tem uma demanda, um pedido de auxílio feito pelos personagens, não tem um compromisso com o alívio do sofrimento das pessoas envolvidas e não é por elas atribuído de funções, significados e responsabilidades. A delicadeza e a força dos fenômenos transferenciais e

contratransferenciais da narrativa do acontecer clínico em psicanálise dão àquele que vive e narra a experiência um lugar bastante singular.

A narrativa revela necessariamente o narrador, o modo como ele percorre a experiência, seu ponto de vista, ou seja, seus pressupostos clínicos, teóricos e éticos. A maneira como compreendemos o acontecer clínico e nele intervimos, o ritmo de apresentação da experiência ao leitor, a ênfase concedida a um ou outro aspecto da relação, a escolha da linguagem e dos próprios pseudônimos usados para nomear os pacientes trazem as crenças e princípios singulares daquele narrador psicanalista no que diz respeito ao sofrimento, às possibilidades de intervenção e à sua visão de homem e de mundo. Aiello-Vaisberg, Machado e Ambrósio (2003) apontam o narrar como acontecer humano que, além de apresentar uma experiência vivida, possibilita o encontro do pesquisador com seus pares, isto é, a comunicação com outros pesquisadores a partir do material que pode ser lido e discutido. A troca com outros estudiosos não passa pela mera especulação intelectual, uma vez que as narrativas nos aproximam da experiência viva e não apenas conceitual ou teoricamente dissociada. Neste sentido, observamos que a narrativa transferencial pertence a um campo de transicionalidade (Winnicott, 1951), funcionando como experiência ao mesmo tempo subjetiva e

compartilhada, pessoal e coletiva. Pode ser compreendida e usada por diferentes pessoas à sua maneira tal qual um quadro, uma escultura, uma apresentação teatral, permitindo ser tomada de modo pessoal e apresentando qualidades concretas que marcam sua trajetória no mundo compartilhado com outros.

As experiências clínicas aqui narradas aconteceram em um ambulatório de psiquiatria da rede de saúde mental de São Paulo onde estas pessoas buscaram auxílio para seu sofrimento. Há um procedimento padrão no serviço de psicologia, que consiste na realização de uma entrevista de triagem individual, através da qual buscamos localizar a demanda e definir uma modalidade de atendimento psicológico, caso isto seja julgado pertinente. Os pacientes podem ser atendidos no ambulatório de psicologia em procedimentos de avaliação psicológica, psicoterapia breve individual e psicoterapia de grupo. Após a triagem, os pacientes são inscritos em filas de espera e convocados para atendimento por ordem de inscrição ou urgência. O tempo habitual de permanência em psicoterapia breve individual é de três meses com frequência semanal, o que pode vir a ser alterado de acordo com o desenrolar do processo.

Ao entregarem seus documentos na secretaria do ambulatório, todos os pacientes recebem um termo de consentimento para pesquisa,

fornecido pela secretária. Neste formulário, consta que eles podem concordar ou não com a utilização de seus dados para a realização de pesquisas com preservação de suas identidades, não estando o atendimento psicológico vinculado a esta concordância.⁴

Os pacientes apresentados nas narrativas transferenciais deste trabalho assinaram termo de consentimento para pesquisa e nunca mencionaram isto no contato comigo. Como não sabia ou decidira previamente que tomaria estes encontros como fenômenos de estudo acadêmico, apenas redigi algumas notas posteriormente às sessões como costume fazer com todos os pacientes do ambulatório sob minha responsabilidade. As notas foram transformadas em narrativas após sua escolha como material desta pesquisa, enriquecidas a partir de minha memória e do vínculo estabelecido com estes pacientes.

A escolha destes materiais clínicos em meio a outras possibilidades deu-se por despertarem meu questionamento em relação aos limites de um modelo psicopatológico pulsional para a compreensão do sofrimento,

⁴ Percebo que o uso de termos de consentimento para pesquisa é um procedimento padrão útil para a proteção de pessoas no campo das pesquisas biológicas, porém de aplicação problemática em pesquisas humanas. Qualquer pessoa minimamente informada sobre a delicadeza dos fenômenos transferenciais sabe que a assinatura de tal documento invade o campo de trabalho analítico, consistindo numa importação artificial de procedimento não compatível com esta modalidade de conhecimento. Acredito que o fato deste termo ser fornecido por alguém não envolvido no trabalho psicoterapêutico propriamente dito e fora do enquadre das sessões alivia parte destes prejuízos neste trabalho. Para uma reflexão mais aprofundada sobre o uso deste procedimento, remeto o leitor ao artigo de Aiello-Vaisberg (2006a) intitulado *A ética na pesquisa em debate no Brasil*.

assim como por direcionarem minha atenção para um olhar psicopatológico relacional que já se configura como intervenção clínica mobilizadora de sustentação à continuidade de ser.

Neste contexto, as narrativas transferenciais construídas a partir de meus atendimentos clínicos serão apresentadas aos leitores que tiverem disponibilidade para conhecer o solo em que se deu a germinação da necessidade de explorar outro modelo psicopatológico. Elas podem revelar-se estratégia favorecedora de uma continuidade investigativa que se amplia a cada vez que são lidas ou ouvidas, mantendo um caráter aberto a infinitas possibilidades de compreensão que são, ao mesmo tempo, únicas.

FLAUTA E O DIA EM QUE NÃO VENTOU

Flauta era uma senhora já bastante idosa, de origem oriental. Meu primeiro contato com sua história deu-se através de uma ficha médica, que solicitava avaliação psicológica e indicava ocorrência recente de um acidente vascular cerebral (AVC). Há algumas semanas, Flauta ficara internada devido a fortes dores de cabeça e vômitos que se revelaram um AVC de pouca gravidade, o qual não deixara seqüelas motoras. A família e o neurologista, no entanto, desconfiavam de um estado confusional ou até demencial que pudesse ter sido deflagrado com o incidente.

Foi trazida pelos filhos para a consulta, mas quem entrou na sala na primeira entrevista foi uma de suas filhas. A moça me diz, muito preocupada, temer que a mãe tenha enlouquecido. Há poucas semanas, Flauta havia expulsado de casa o marido com quem vivia há várias décadas, informando aos filhos que moraria sozinha a partir de então. Quando questionada sobre os motivos de tal ato, dizia apenas:

— Porque hoje não estava ventando.

Os filhos compartilharam com o pai a falta de entendimento e o aparente absurdo daquela decisão. Não queriam que ela vivesse só, pois temiam que pudesse estar perdendo a razão. Perguntando em que eu poderia ajudá-los, a filha pede que eu converse com Flauta e descubra o que aconteceu. Achar que ela poderia conversar mais facilmente com uma psicóloga, pois não gostava de incomodar a família com seus problemas. Alguém precisava descobrir se Flauta estava louca.

Inicialmente, tenho dúvidas em relação à maneira mais apropriada de intervir e quase encaminho Flauta para outro ambulatório de psicologia a fim de realizar uma avaliação neuropsicológica específica. Porém, decido primeiramente receber Flauta sozinha. Muito pequena e muito tímida, ela quase desaparece na cadeira. Não consigo imaginar aquela pessoa como uma mulher que expulsa o marido de casa. Explico honestamente o pedido que me foi feito pela família e Flauta sorri. Digo não esperar que

ela me conte mais do que disse a eles, mas que estaria disponível para qualquer coisa em que pudesse ajudá-la. Flauta pergunta:

— Você tem tempo?

Diante de minha resposta afirmativa, começam nossas longas conversas...

Flauta decide contar-me a história da imigração de sua família. Fala detalhadamente do sofrimento enfrentado por ela, os pais e irmãos para se adaptarem ao novo país, à língua difícil que falamos, ao clima quente demais, ao trabalho árduo e à diferença cultural. Explica-me os costumes de seu país, comparando-os aos do meu, narrando inúmeras situações em que sua contenção e timidez a excluíram de experiências que ela gostaria muito de ter vivido com as brasileiras. Achava lindo o Carnaval, mas nunca encontrara permissão para ir a um baile local. Lembra de ter ido à praia uma única vez com sua família de origem e se arrepende de não ter tido a ousadia de tirar os sapatos para sentir a areia e a água do mar.

Seguimos por algumas sessões conversando sobre sua imigração, enquanto os filhos esperam um posicionamento meu com ansiedade.

Flauta começa a me contar sobre o dia em que seu noivo chegou de navio. Ela não o conhecia, mas já estava tudo arranjado. Apressa-se a explicar que não achou ruim, pois a aparência do rapaz lhe agradava. Mas a vida de casada lhe traria surpresas bem menos prazerosas. Autoritário e violento, o marido de Flauta a agredia e humilhava diariamente. Passamos então a conversar sobre estes sofrimentos e o temperamento sereno e resignado que a teria levado a suportar o casamento durante tantos anos. Ela acreditava que as agressões aconteciam por ciúme, uma vez que era muito procurada por outras moças do bairro buscando seus serviços de costura. Julga que o marido achava tais condutas necessárias. Flauta parece conformada com seu destino e aprende aos poucos a ignorar o marido, refugiando-se em atividades culinárias que passa a descrever-me com cuidado. Ele a ofendia, mas ela se concentrava em cortar peixes tão fininhos que deixava de se importar. Se ele puxasse seus cabelos, ela os prendia e ia enfeitar doces minuciosamente.

Com o nascimento dos filhos, as agressões físicas cessam, mas objetos de Flauta desaparecem, os xingamentos aumentam e sua solidão e desamparo passam a ser preenchidos com o cuidado esmerado das crianças. Na frente dos filhos, Flauta não era humilhada pelo marido.

Mergulhada na história de Flauta, começo a vislumbrar a possibilidade de motivos muito justos para sua decisão de romper o casamento, mas eu ainda teria que dar a nós duas mais tempo...

O crescimento das crianças tira de Flauta seu refúgio e as agressões físicas voltam a acontecer. A paciente apresenta-me então um encantador mundo de criação de flores, que se torna sua nova atividade de devoção. Explica-me detalhadamente como plantar orquídeas, descreve a estufa que gostaria de ter com rosas brancas, tão boas ouvintes.

Comovida com a solidão da paciente, pergunto se ela jamais havia dito a ninguém algo sobre sua condição. Ela afirma que conversara com a mãe no passado e que fora aconselhada a suportar docilmente os maus tratos, pois os maridos eram assim.

A vida de Flauta segue entre roseiras, chutes, primaveras, arranhões, até a recente internação no hospital, quando passara mal. O esposo viera visitá-la algumas vezes, mas foram as filhas que se revezaram no acompanhamento diário. Flauta acredita que seu marido não gostou nem um pouco do fato de seu neurologista ser homem e jovem. Voltando para casa, as agressões se interrompem, talvez pelo receio do marido de provocar-lhe outro mal estar mais grave.

Um dia, na época de florescimento de algumas orquídeas raras, Flauta sai para o quintal de manhã e, para seu horror, dezenas de vasos dessas orquídeas estão quebrados e esparramados pelo chão. Um silêncio tenso se faz entre nós e não preciso perguntar o que houve com os vasos. Flauta, inteiramente lúcida e serena, diz:

— Não estava ventando.

Sinto um ódio intenso pelo marido de Flauta e tudo em mim se agita. A paciente percebe meu estado emocional e rapidamente pede:

— Entenda, meus filhos não devem saber que o pai é um monstro.

Quero gritar, chorar... Mas, conhecendo a história de Flauta, compreendo e me calo. E agora? Digo-lhe o que estou sentindo e explico que temos um problema, pois a família está muito preocupada e precisa ser tranqüilizada. Peço que ela esteja presente quando eu tiver que falar com seus filhos e ela concorda.

No dia da primeira conversa com os filhos de Flauta, digo claramente que podem se tranqüilizar. Frente às perguntas e dúvidas, não posso deixar de pedir, torcendo para que a resposta deles seja também afirmativa:

— Vocês têm tempo?

A partir daí, outra longa conversa acontece entre eu, Flauta e seus filhos, na tentativa de apresentar-lhes a lucidez da mãe, sem invadi-los com as atitudes do pai. Pergunto a ela se já contou a história de sua origem à família e ela inicia novamente a narrativa, com ainda mais detalhes. Nomes de tios, segredos de alcova, brincadeiras de criança são compartilhadas, mas nada é dito sobre o marido e pai.

Pergunto como viam o casamento dos pais e cada um, para surpresa de Flauta, fala de sentimentos de temor pelo bem estar da mãe e distanciamento do pai, que aprenderam a respeitar e cuidar, mas de quem pouco conseguiram se aproximar. Acham que a mãe não era feliz, mas se sentia segura com o marido. Percebiam não haver troca de carinhos, mas achavam que isso se devia à cultura oriental tradicional. Começamos a conversar sobre o que faz os casais felizes. Os filhos casados respondem, os solteiros imaginam, Flauta opina que deve ser o amor. Pergunto a ela se havia amor em seu casamento e, com ar de quem compreendeu minha intenção, ela sorri e responde que sim, amor suficiente para preservar o marido e ela mesma de uma vida infeliz. A filha chora e diz que ela não precisa viver com o marido se não quiser, pois está velha e tem que aproveitar a vida. Flauta balança a cabeça concordando e diz que isso pode ser bom.

Brinco com eles dizendo que não vejo loucura alguma naquela situação, apenas um casal que tinha conflitos e tentava resolvê-los de maneira a machucar o menos possível a família. No final deste percurso, os filhos articulam a possibilidade de levar a mãe a uma viagem, pois ela sempre tivera o sonho de conhecer a Amazônia ou o Pantanal. Sustentariam sua vontade de morar sozinha enquanto isto fosse possível e um deles se disponibiliza a acolher o pai em sua residência.

Ao nos despedirmos, Flauta entrega-me um envelope branco e beijo seu rosto. Dentro do envelope, pétalas de flores e um cartão escrito em outra língua, que ela me traduz dizendo significar amizade.

Pouco mais de um ano depois, sou procurada pela filha de Flauta, que me informa do falecimento da mãe e pede uma breve conversa. Recebo-a, achando que ela gostaria de conversar mais sobre Flauta. Mas, para minha surpresa, solicita ajuda em função de agressões que vem sofrendo de seu esposo há muito tempo, situação insustentável que, acreditava ela, precisava ser mantida em segredo...

VARIAÇÕES⁵ PARA FLAUTA

De que maneira a sanidade de Flauta pôde ser contestada? Como poderia o sentido sempre presente na conduta humana ser coletivamente questionado neste caso? Esta narrativa oferece a oportunidade de problematizarmos o enlouquecer a partir de um modelo psicopatológico relacional, apresentando aspectos do fenômeno dissociativo que impedem a paciente de encontrar seu gesto.

Penso que a narrativa de Flauta aponta inicialmente para a perigosa armadilha de classificarmos como insano tudo aquilo que escapa à nossa compreensão, esquecendo que a loucura, a incoerência e a incompreensão são fenômeno que ocorrem entre pessoas e não

⁵ Em música clássica, variações são modificações de desenvolvimento a partir de um tema melódico apresentado.

internamente em alguém visto por um observador ou avaliador supostamente lúcido.

Os sentidos das condutas de Flauta só puderam ser compartilhados minimamente, livrando-a do diagnóstico de algum processo de demência, quando a paciente pôde ser acolhida e sustentada no tempo, lugar e no entreolhar que não estavam presentes, naquele momento, em sua rede de relacionamentos. A sustentação foi aqui a intervenção essencial na experiência psicoterapêutica de uma paciente que não é uma criança, não apresenta um sofrimento que poderíamos caracterizar como psicótico e não se encontra num contexto de vida passível de ser compreendido como momento de regressão a necessidades primitivas.

Na experiência vivida, Flauta reencontra a própria história quando sua narrativa é ouvida por si mesma e por um outro que parece sofrer também uma transformação em seu posicionamento nas sessões, saindo de uma função relacionada aos objetos subjetivos para tornar-se interlocutor com quem se troca e para quem é possível intervir concretamente no desfecho da biografia de Flauta.

Para criarmos ou encontrarmos sentidos possíveis na experiência clínica apresentada, pode ser útil uma aproximação maior dos sentimentos contratransferenciais despertados ao longo destes encontros.

Quando afirmo ter tempo e me coloco disponível para a paciente, não imaginava estar favorecendo um espaço que, mais tarde, me pareceu raro ou inédito nas experiências emocionais de Flauta: o de usar alguém. No início de nossa relação, eu ficava em silêncio, apenas quebrado por algumas perguntas que desejava fazer não por falta de clareza ou de dados nas histórias narradas pela paciente, mas por uma curiosidade espontânea que me deixava completamente absorvida pela biografia da paciente. Seus relatos eram tão vivos e presentes que eu chegava a conseguir imaginar ou sentir o gosto de suas comidas ou o som desafinado de uma das crianças ao tentar reproduzir uma canção na língua materna. Tinha a sensação de estar absorvida pelo mundo de Flauta e, às vezes, me questionava por qual razão ela havia me elegido para contar suas histórias

ao invés de se calar como havia feito com a família. Com o passar do tempo, nossos encontros passaram a trazer outras sensações, desta vez com matizes de estranhamento e indignação que me tornavam uma interlocutora afetada, mas não inteiramente mergulhada na narrativa. Eu tinha uma crítica, não feita em voz alta, ao posicionamento de Flauta em seu casamento, embora compreendesse sua situação de mulher imigrante submetida a uma realidade concreta bastante impactante. A diferenciação surgia entre nós de maneira mais explícita.

Observo que meu posicionamento nas sessões se modifica possivelmente numa dança com os sentimentos transferenciais de Flauta. Ela parece criar-me primeiramente como objeto subjetivo para paulatinamente permitir que eu me torne um outro, uma interlocutora.

Partindo do princípio que a sustentação é intervenção favorecedora de uma continuidade de ser que leva à integração, o que estaria Flauta integrando neste seu acontecer humano?

A experiência clínica vivida com a paciente permite pensar que Flauta traz para os encontros a esperança de colocar em movimento uma questão fundamental em sua vida: a crueldade. As vivências de submissão, humilhação, violência teriam se iniciado com o casamento? Qual a maneira de Flauta lidar com sua condição de imigrante? Há quanto tempo a paciente estaria se submetendo a uma realidade concreta não criada por ela? Teria Flauta sentido ódio?

A pessoa que se coloca diante de mim e da família com aparente serenidade e recolhimento parece buscar através de um movimento transferencial a oportunidade inédita de sair da posição de vítima sem necessariamente transformar-se em agressor. Neste contexto, é possível compreender por que delatar o comportamento do marido não faria sentido em sua história. Flauta precisava encontrar o novo, um terceiro posicionamento que lhe apresentasse a opção de não se submeter ou violentar, integrando sentimentos de amor e ódio. Curiosamente, a ação de expulsar o marido de casa não desempenha, por si só, papel integrador na história de Flauta, possivelmente pela ausência de sustentação vivida na solidão de sua recusa a continuar sendo violentada. A ação de Flauta

pode vir a transformar-se em gesto espontâneo ao ser compartilhada com um outro, encontrando no acolhimento a descoberta ou criação de sentidos que, apesar de já se encontrarem presentes em seu viver, precisavam ser integrados criativamente por Flauta como próprios e legítimos.

Neste sentido, a apresentação de uma escuta pautada no interesse genuíno, na possibilidade de se deixar afetar e criar pela paciente e de aturar a própria ansiedade e urgência parecem constituir os alicerces da sustentação clínica. Paralelamente, é apresentado a Flauta um enquadre grupal em que ela é auxiliada a se comunicar com a família de maneira a não se submeter à angústia ou curiosidade dos filhos sobre sua intimidade. Ouvir a mãe narrar as histórias da família acaba por constituir a prova de sua lucidez. Admitir seu amor pelo marido e o desejo de separar-se dele inaugura um posicionamento ético na vida de Flauta, restituindo sua dignidade e alegria de estar com outros.

A escuta atenta da narrativa da paciente abre as portas para ouvir além da história, dando voz a sua necessidade. Compreender de que Flauta necessita para sua continuidade de ser possibilita oferecer-lhe tempo e atitudes que vão de encontro a seu movimento transferencial: de objeto subjetivo a interlocutora posso, como sua analista, ser ao mesmo tempo destruída e preservada no momento de despedida. A experiência da paciente possui começo, meio e fim, de maneira que esta deixa de precisar da terapeuta e dos atendimentos, podendo encerrá-los com um gesto próprio.

A dissociação como adoecimento humano pode ser entendida aqui como fenômeno que priva a paciente de aspectos de si mesma necessários para um posicionamento autêntico e em sintonia com seus anseios pessoais, embora neste contexto não a tenha lançado em um nível de funcionamento mais primitivo e caracterizado como psicótico. Não podemos afirmar que Flauta jamais apresentaria ansiedades psicóticas ou até mesmo um episódio de surto nesta direção, pois dentro de uma compreensão psicopatológica relacional, a ausência de condições de sustentação no presente pode vir a constituir uma situação de adoecimento e queda em agonias impensáveis, possibilidade humana não

afastada completamente em função da apresentação de um grau satisfatório de integração para uma convivência compartilhada e adaptada socialmente.

A questão referente à submissão e violência acaba por mostrar-se fenômeno transgeracional na família de Flauta, repetindo-se na vida de sua filha mais velha e chamando a atenção para a importância dos aspectos relacionais familiares na formação de supostos sofrimentos e adoecimentos existenciais. Com que olhar a menina teria apreendido o sofrimento de seu pai e de sua mãe? Que condições de sustentação teriam estes vivenciado e proporcionado à filha para que ela pudesse desenvolver-se e procurar auxílio ainda jovem, sem precisar agüentar uma vida inteira de maus-tratos? Que tonalidade assumiria esta questão em seu viver?

Flauta ajuda-nos a compreender como é possível mudar um posicionamento existencial adoecido por muitas décadas, mesmo que em idade avançada. A sustentação clínica e um olhar psicopatológico relacional foram instrumentos para que Flauta pudesse encontrar sua própria melodia. Brincando com a metáfora do girador de cata-vento, podemos afirmar que o homem se afasta do adoecimento à medida que consegue girar o cata-vento de sua própria vida num gesto espontâneo. Flauta não estava conseguindo fazê-lo, talvez por acreditar que seu gesto e o movimento da vida necessariamente machucariam alguém.

III- ACORDES DO SOFRIMENTO HUMANO: TEORIAS EM PSICOPATOLOGIA, PERSPECTIVAS PULSIONAIS E RELACIONAIS

Como entender o sofrimento? Esta questão parece mobilizar a ciência desde os primórdios da filosofia e da psiquiatria, levando-nos a criar hipóteses e categorias diversas na tentativa de diagnosticar e tratar. Como qualquer produção humana de conhecimento, as abordagens psicopatológicas encontram-se inseridas em contextos políticos, históricos e culturais que indicam um posicionamento diante do humano e do adoecimento. Por trás de toda teoria e prática, encontramos pressupostos antropológicos mais ou menos explícitos, fundamentais para a compreensão e o uso de um procedimento ou de um saber. Todas as teorias assentam-se sobre pressupostos éticos e antropológicos, relacionados com os contextos, as condições concretas em que o conhecimento é gerado.

A criação de categorias nosológicas para os transtornos mentais encontra-se hoje determinada pela prática psiquiátrica medicamentosa, fundamentada numa visão organicista do adoecimento. Faz parte da prática médica a seleção de drogas de um amplo leque de opções a fim de intervir na sintomatologia apresentada pelo paciente, sendo que a escolha

do medicamento é pautada, impreterivelmente, pelo diagnóstico realizado na entrevista psiquiátrica. Nesta perspectiva, cada classe de medicamentos seria adequada para categorias psicopatológicas específicas, de modo que o diagnóstico diferencial torna-se condição essencial para um tratamento dito correto e eficaz. Na psiquiatria contemporânea, ganharam extensa influência os manuais de classificação dos transtornos mentais, como o DSM IV (1994) e o CID10 (1996), descrições comportamentais, organicistas e sintomatológicas que buscam uniformidade e precisão diagnóstica, criticáveis por ignorarem, entre outras coisas, a biografia do paciente.⁶ Evidentemente, esta abordagem psicopatológica organicista é incompatível com o método psicanalítico, pois retira a possibilidade de sentido para toda e qualquer conduta humana. Conseqüentemente, traz uma antropologia biologizante e reificadora do homem como máquina ou, mais sofisticadamente, aparelho mental. Não podemos nos furtar a esclarecer que esta antropologia implícita a algumas teorias psicopatológicas se encontra presente também em modelos metapsicológicos, redutores da dramática humana a esquemas pulsionais afastados de personalidades concretas e próximos de

⁶ Birman (2003), a partir de outra vertente psicanalítica, realiza uma contribuição interessante ao criticar o modelo psicopatológico implícito nesta abordagem pela exclusão da história como fundamento da subjetividade. Além disto, acredita que este tipo de pensamento orienta os pacientes para uma busca por fórmulas medicamentosas supostamente mágicas que impossibilitam o reconhecimento de um sofrimento inerente à vida humana.

máquinas hidráulicas. Politzer (1928) chamava a atenção para este desvio da psicanálise que retirava seu valor e suas possibilidades de transformação da vida humana, tornando-a uma teoria aos moldes positivistas, ao contrário daquela que seria, a seu ver, a vocação original da disciplina. Sobre esta crítica à metapsicologia psicanalítica, afirma Aiello-Vaisberg (2003a) que

Esta tem sido a opção de uma certa psicologia e mesmo de uma certa psicanálise metapsicológica que tornam o psíquico extenso no espaço, atribuindo-lhe funcionalidade análoga à de um aparato físico. Claro que se podem facilmente invocar justificativas que nos lembrem que o aparelho psíquico é metafórico. Entretanto, parece-nos fundamental lembrar que outras metáforas são possíveis e que nenhuma delas deixa de produzir efeitos...
(p.122)

Não podemos tomar qualquer comparação metafórica de modo ingênuo, uma vez que estas são veículos privilegiados da antropologia implícita às teorias, revelando crenças mais ou menos coerentes com o conteúdo do conhecimento apresentado. Ilustrar uma pessoa como um aparelho hidráulico, dominado por forças quantitativas de energia cuja movimentação tem como resultado a conduta é muito diferente de

apresentá-la usando como metáfora uma flor, para a qual são necessários cuidados a fim de desabrochar em todo seu potencial.⁷

Percebemos que questões referentes à psicopatologia na clínica contemporânea estão inseridas em um debate atual, encontrando relevância dentro de um momento histórico e de interesses coletivos que procuram conferir maior clareza e rigor à sua aplicação e compreensão teórica.⁸

⁷ O leitor encontrará esta metáfora nos trabalhos de mestrado e doutorado de Tânia Granato (2000;2004), analogia que apresenta uma antropológica baseada no homem criativo, coerente com a psicanálise winnicottiana e com esta investigação.

⁸ Roudinesco (2000), Kristeva (2001) e Lowenkron (2003) apresentam trabalhos propondo a reflexão sobre uma suposta mudança nos tipos de adoecimento após cem anos de psicanálise. Estes autores procuram discutir a emergência de novas configurações nosológicas em função das mudanças das condições sociais na contemporaneidade. Berlinck (2000), Ccarelli (2005) e Iribarry (2003) desenvolvem pesquisas no campo da psicopatologia fundamental, buscando construir bases epistemológicas que possam organizar diferentes teorias psicopatológicas psicanalíticas. A psicopatologia fundamental, tal qual apresentada por eles, encontra-se ancorada em um modelo de aparelho psíquico, inserindo-se num campo pulsional diferente do que será proposto aqui. Birman (2003) dedica-se a compreender novas formas de subjetivação como as depressões e toxicomanias, tomando-as como categorias que merecem maiores investimentos de pesquisas na atualidade por serem representantes da desadaptação humana à cultura do narcisismo. Grilliatt (1998) procura bases rigorosas para a realização de diagnósticos diferenciais entre quadros de neurose e psicose.

Dentro da proposta de apresentação de um modelo psicopatológico não pulsional, ou seja, que se afasta radicalmente de formulações metapsicológicas para apoiar-se em um modelo psicanalítico relacional, destacamos o uso do trabalho de Greenberg e Mitchell (1994). No livro citado, encontramos a diferenciação rigorosa de variadas abordagens psicanalíticas a partir de dois grandes modelos de pensamento, concebidos como pulsional e relacional:

Os modelos pulsional e relacional apontam para questões diferentes como determinantes das dificuldades psicopatológicas na vida. (...) A maneira com a qual um observador psicanalítico vê um paciente, a maneira como descreve as lutas do paciente, os tipos de categorias diagnósticas nas quais o coloca – todas dependem, em si, das suposições teóricas anteriores do observador quanto aos constituintes básicos da experiência humana, isto é, seu compromisso com um modelo teórico. (p.287)

A proposta de um olhar psicopatológico não-pulsional busca posicioná-lo num campo relacional ou vincular em que o adoecimento acontece na intersubjetividade e não em um suposto aparelho psíquico individual, que se encontraria em desequilíbrio devido a forças motivadoras conflitantes em seu interior.

Para discorrermos sobre alguns modelos psicopatológicos importantes na psicanálise, optei pela escolha de três autores que foram interlocutores mais presentes ao longo de minha formação e experiências clínicas: Freud, Bergeret e Bleger. Além de apresentarem teorias que contêm modelos psicopatológicos bem formulados e explicitados, percebo ser possível distinguir tendências diferentes em relação a um posicionamento pulsional ou relacional, o que pode enriquecer nossa criação ou encontro de um olhar psicopatológico pautado no vínculo, norteador de uma clínica baseada na sustentação à continuidade de ser.

Compositores: Freud

No campo psicanalítico, temos majoritariamente presente um enfoque psicopatológico tripartite, que classifica diferentes tipos e graus de sofrimento humano em três categorias: as neuroses, as psicoses e os casos fronteirios ou *borderline* (Bleger, 1983/1989; Bergeret, 1974/1991). Encontramos raízes deste pensamento já na obra freudiana. Freud (1896) escreve um artigo propondo reflexões clínicas e teóricas a respeito do que ele chamaria então neuropsicoses de defesa. Nesta categoria, agrupa quadros de histeria, obsessão e paranóia a partir do que julga ser uma etiologia comum: dificuldades relacionadas à sexualidade:

Por tempo considerável tenho alimentado a suspeita de que também a paranóia – ou algumas classes de casos que se incluem na categoria de paranóia – é uma psicose de defesa; isto é, que, tal como a histeria e as obsessões, ela provém do recalçamento das lembranças aflitivas, sendo seus sintomas formalmente determinados pelo conteúdo do que foi recalçado.
(Freud, 1896, p.174)

Neste momento inicial da construção da teoria psicanalítica, Freud propõe modelos estruturais semelhantes para neurose e psicose, explicitando diferenças nos quadros clínicos a partir de seus mecanismos de defesa. Não tendo ainda criado o conceito de libido, que seria posteriormente o principal articulador de seu modelo psicopatológico pulsional, encontramos considerações mais próximas da dramática concreta da vida de seus pacientes para a compreensão teórica do adoecimento, falando inclusive sobre as doenças mentais como *formas de restrição da existência do paciente* (Freud, 1896, p.173).

Posteriormente, Freud (1923) propõe novamente a existência de etiologias comuns para as neuroses e as psicoses em termos de suas raízes, afirmando que ambas teriam origem na frustração de desejos infantis. No mesmo trabalho, realiza argumentações segundo as quais, nas neuroses, a realidade não seria passível de aceitação, enquanto, na

psicose, a realidade seria algo vivido como insuportável. Vejamos as palavras de Freud (1923):

A tese de que as neuroses e as psicoses se originam nos conflitos do ego com as suas diversas instâncias governantes – isto é, portanto, de que elas refletem um fracasso do funcionamento do ego, que se vê em dificuldades para reconciliar todas as várias exigências feitas a ele – essa tese precisa ser suplementada em mais um ponto. Seria desejável saber em que circunstâncias e por que meios o ego pode ter êxito em emergir de tais conflitos, que certamente estão sempre presentes, sem cair enfermo. (p. 170)

Nesta passagem, encontramos referência à noção freudiana segundo a qual a neurose seria fruto de conflitos entre o ego e o id, enquanto a psicose se daria como consequência de conflitos entre o ego e o mundo externo.

O modelo psicopatológico freudiano é fundamentalmente estrutural pulsional, como analisam Greenberg e Mitchell (1994):

Não pretendemos extrair da multiplicidade de suas afirmações teóricas uma teoria freudiana, porque há muitas, mas, sim, a essência do modelo estrutural-pulsional. Há certos princípios fundamentais que, uma vez chegado a eles, Freud nunca mudou, o que impregna seus escritos durante toda a sua carreira com uma visão particular da natureza do homem e dos constituintes básicos da experiência humana. (p.17)

No mesmo trabalho de Greenberg e Mitchell (1994), encontramos pouco mais adiante:

Tanto depende de quanto reforça a suposição básica do modelo estrutural – pulsional: que há tal coisa como um indivíduo separado que pode ser tratado, tanto teórica quanto clinicamente, como um sistema de energia fechado. As tensões crescem dentro deste sistema e devem ser descarregadas por ele. Se um canal está obstruído de forma que a descarga através dele está impedida, então outro deve ser encontrado. (p18)

Esta visão estrutural-pulsional implica na compreensão do adoecimento como desequilíbrio de forças internas de natureza sexual e agressiva do indivíduo que lutam pelo controle mental. Estas forças seriam organizadas a partir de elementos repressores e elementos reprimidos, constituindo-se nisto a base de funcionamento do psiquismo. Neste modelo, o adoecimento é circunscrito à dinâmica interna individual, sendo o homem concebido como mônada, isto é, suas condutas se dão a partir de um suposto aparelho psíquico endógeno. Neste sentido, como apontam Greenberg e Mitchell (1994), o objetivo humano seria a eliminação de tensão biológica.

Deixando de lado a construção metapsicológica, é interessante observar dois aspectos presentes no pensamento freudiano neste momento. O primeiro diz respeito a uma suposta origem filogenética do

adoecer humano, determinado por uma força do ego variável de acordo com o organismo. Neste sentido, os esforços iniciais da psicanálise se encontram impregnados de crenças organicistas na base do adoecimento humano. Birman (2003) chama a atenção para uma possível expectativa de Freud quanto à descoberta pelas neurociências de estruturas cerebrais que corporificassem ego, id e superego, assegurando à psicanálise seu lugar junto à medicina e outras ciências biológicas. O segundo aspecto a chamar a atenção é a sutil diferenciação realizada por Freud entre sofrimento e adoecimento. Ao supor que conflitos na dramática humana estão sempre presentes e são condições do estar vivo, admite-se que algum grau de sofrimento é inerente à condição humana. Por outro lado, o adoecimento diria respeito à impossibilidade de lidar com tais sofrimentos, representando um estado mais grave.

Considero que o aprofundamento desta questão exige a diferenciação dos conceitos sofrimento e adoecimento. Ao afirmar uma psicopatologia winnicottiana que traduz sofrimento como não se sentir vivo e real, estamos abrindo caminho para discutir a existência de um sofrer relativo às tensões, conflitos, insatisfações existentes no viver, o qual pode ser experimentado a partir de um posicionamento integrado. A dor pela perda de uma pessoa querida e o processo de luto podem ser

vividos sem adoecimento quando o sofrimento se dá numa condição existencial integrada. Paralelamente, haveria uma outra ordem de sofrimento, que podemos chamar de adoecer, na qual um acontecimento interrompe um processo de integração e a pessoa precisa lançar mão de estratégias defensivas cuja conseqüência é o afastamento da sensação de si mesmo como vivo e real. Entretanto, a observação atenta das dramáticas humanas e as experiências clínicas podem nos indicar que estas não são as únicas duas possibilidades... Quantas vezes nos deparamos com situações em que algum grau de dissociação parece ser necessário para que a experiência não seja um trauma insuportável? Receber o diagnóstico de uma doença fatal ou passar por um episódio violento, como um seqüestro, não parecem situações passíveis de serem vividas sem que algum nível de dissociação aconteça a fim de proteger o homem. Pensando desta maneira, não podemos afirmar que a necessidade de estratégias defensivas da ordem da dissociação estejam sempre situadas no campo do adoecimento emocional e a diferenciação entre sofrimento e adoecimento deixa de ser simples.

Retomando as primeiras considerações no campo psicanalítico sobre neuroses e psicoses, em outro trabalho considerado continuação do já mencionado anteriormente, Freud (1924) opõe-se a abordagens

psicopatológicas centradas na sintomatologia manifesta ao afirmar que encontramos perda de contato com a realidade tanto na clínica da neurose quanto na da psicose. O afastamento da experiência e da comunicação num campo da realidade compartilhada com outros deixa de ser privilégio dos pacientes ditos psicóticos para ser admitido também naqueles supostamente neuróticos, que, ao apresentarem um olhar tão carregado de subjetividade, chegam ao ponto de beirar a incoerência a partir do ponto de vista de seus pares. Tendo na neurose a matriz clínica de seu pensamento, Freud descreve a dinâmica de seus pacientes em termos pulsionais, a certa altura distanciando-se do campo da experiência para a construção de teorias metapsicológicas nas quais deixamos de ver pessoas para lidar com um suposto aparelho psíquico:

Essas distinções (entre neurose e psicose), e talvez muitas outras também, são resultado da diferença topográfica na situação inicial do conflito patogênico – ou seja, se nele o ego rendeu-se à sua lealdade perante o mundo real ou à sua dependência do id. (Freud, 1924, p. 208)

Este posicionamento exemplifica a crença no indivíduo como mônada, dentro da qual conflitos entre forças de um suposto aparelho psíquico podem conduzir ao adoecimento neurótico e psicótico. Esta idéia se afasta radicalmente de uma compreensão psicanalítica centrada na

dramática do acontecer humano (Poltzer, 1928), na experiência viva e relacional em que fundamentamos nosso olhar e nossa prática.

Em se tratando de uma obra escrita ao longo de várias décadas, sabemos que Freud inúmeras vezes retomou e reformulou suas teorias, em parte em função de críticas que recebia de seus contemporâneos. Greenberg e Mitchell (1994) apontam para estratégias de acomodação da teoria freudiana através dos estudos sobre o narcisismo e a sublimação, por exemplo, que teriam aberto portas para a introdução de concepções relacionais da psicopatologia com uma nova importância conferida à realidade:

O período de acomodação teórica durou mais da metade da carreira de Freud como psicanalista. As contribuições feitas durante esse tempo estão entre as mais importantes de sua vida; muitas são básicas ao que é considerado psicanálise freudiana. Os novos conceitos do período contrapõem-se sobre as premissas fundamentais e guiam o nosso foco interpretativo para novas possibilidades. (Greenberg e Mitchell, 1994, p. 37-38).

E, mais adiante:

No entanto, é importante ter em mente o valor diferente ligado a mudanças da teoria das forças repressoras. (...) ... a maior parte da estratégia de acomodação de Freud é dirigida às operações na “superfície” psíquica. (p.39)

Uma nova atenção e valorização das condições concretas presentes na biografia de cada um retiram da atividade pulsional sua característica exclusivamente dominante, lançando as relações objetais na cena do desenvolvimento e do sofrimento humanos. Tais estratégias de acomodação teórica, entretanto, não chegam a reformular as bases do modelo pulsional metapsicológico, funcionando como atenuadores da determinação quantitativa das pulsões e abrindo algumas janelas para a participação dos modelos vinculares na conduta humana, o que seria posteriormente desenvolvido por outros autores.

Notamos que a maior contribuição freudiana deste trabalho (Freud, 1924) para esta investigação encontra-se na relativização da apresentação sintomatológica ou comportamental como indicativa de uma estrutura mais permanente, o que será amplamente explorado por outros psicanalistas como Bleger (1983/1989) e Bergeret (1974/1991) posteriormente. Grosso modo, nem todo paciente que delira é psicótico e nem todo psicótico delira. A introdução da idéia de um “ponto de vista” traz a alma do método psicanalítico em seu pressuposto básico segundo o qual todo e qualquer acontecer humano é dotado de sentido. Psicóticos ou neuróticos, os indivíduos apresentam experiências orientadas por sentidos pessoais que podem ou não ser compartilhados com outros, mas

o fato de não serem compreendidos por se afastarem da realidade compartilhada não admite ser colocada em dúvida a legitimidade das experiências.

Em trabalho posterior, Freud (1931) relaciona o que chama de tipos libidinais⁹ com diferentes possibilidades de adoecimento, deixando claro, porém, que estes tipos seriam estilos pessoais passíveis de se manifestarem de maneira saudável:

Pode-se também suscitar a questão de saber qual é a relação desses tipos libidinais com a patologia, se alguns deles possuem uma disposição especial de passar à neurose e, em caso afirmativo, quais os tipos que conduzem a que formas de neurose. A resposta é que a fixação desses tipos libidinais não lança luz nova sobre a gênese das neuroses. A experiência nos mostra que todos esses tipos podem existir sem qualquer neurose. (p.227).

Encontramos novamente nesta idéia a questão fundamental que seria retomada por diferentes correntes psicanalíticas: são o sofrimento e o adoecimento fenômenos inerentes à personalidade? Ao lançar a hipótese da existência de três tipos libidinais, aos quais corresponderiam diferentes categorias psicopatológicas em caso de adoecimento, é interessante notar que Freud rapidamente passa a defender a idéia de tipos mistos. Tal movimento pode ser compreendido como fruto do olhar lapidado através de

⁹ A idéia de tipos libidinais freudiana teria influenciado diretamente as formulações psicopatológicas de Bergeret (1974/1991) posteriormente.

uma clínica viva, a qual não nos permite confundir teorias e pessoas, isto é, tomar uma categorização psicopatológica no lugar da dramática concreta como se um mapa pudesse substituir o caminho, repleto de curvas, paisagens, aromas. Quando Freud fala de tipos mistos, coloca o questionamento de um suposto purismo na estruturação de personalidade de alguém que, teoricamente, funcionaria de acordo com um determinado desenvolvimento libidinal, mas, na prática, apresenta condutas variadas e bem mais complexas, muitas vezes condizentes com diferentes categorias da organização diagnóstica. Os tipos mistos de Freud retratam a afirmação do poeta romano Terêncio quando argumentava que nada do humano nos seria estranho, ou seja, qualquer pessoa sente ressonâncias daquilo que faz parte da condição humana, seja o amor, a violência ou a loucura.

A teoria do desenvolvimento da libido foi utilizada por Freud para a idealização dos tipos libidinais e seria também usada por seus contemporâneos. Abraham (1924/1973) elaborou uma abordagem psicopatológica bastante difundida clinicamente e até hoje ensinada em cursos de psicanálise, fundamentada numa economia pulsional que relaciona fases inerentes e esperadas do desenvolvimento humano a tendências psicopatológicas:

Al suponer que cada una de las tres fases principales del desarrollo de la libido está diferenciada em dos etapas, hemos podido, por lo menos hasta ahora, dar cuenta satisfactoriamente de los hechos observados respecto a

los cambios que sufre el individuo em quanto a su fin sexual. Y también hemos podido descubrir una vinculación genética más definida entre ciertas clases de enfermedad y ciertos niveles de la libido, de lo que había sido posible hasta ahora. (Abraham, 1924/1973, p. 199)

Abraham foi um dos responsáveis pela organização didática da teoria do desenvolvimento da libido, relacionando através de fases o tipo de personalidade e a categoria psicopatológica a ela correspondente em caso de fixação da libido, como, por exemplo, a fase oral aos tipos esquizóides, a fase anal sádica às neuroses obsessivas... Neste modelo, a saúde mental é vista como condição substancialmente individual, dependente da quantidade de energia e seu trânsito num suposto aparelho psíquico.

Encontramos em Freud (1923) uma bela citação de Fausto, capaz de sintetizar a delicadeza e a precisão de sua sensibilidade, assim como o afastamento teórico que não pôde evitar de suas experiências clínicas e da dramática humana:

“Cinzenta, meu querido amigo, é toda teoria,

E verde somente a árvore dourada da Vida.” (p.167)

É na direção de um pensamento mais próximo e não dissociado da vida que iremos percorrer o trajeto de dois outros importantes autores da

psicopatologia psicanalítica antes de dedicarmo-nos mais detidamente ao diálogo com Winnicott.

Compositores: Bergeret

Bergeret (1974/1991) efetua contribuições fundamentais para a psicopatologia psicanalítica ao investigar as personalidades normais e patológicas.¹⁰ Chama a atenção para uma confusão ingênua entre sintomatologia manifesta e estrutura de personalidade, definida como uma organização estável e contínua a partir de uma angústia. As chamadas angústias de base a partir das quais se organizariam as personalidades e suas maneiras de se vincular são a fragmentação, para as estruturas psicóticas, a interdição, para as estruturas neuróticas e a perda do objeto anaclítico, para as organizações *borderline*. Encontramos em sua divisão tripartite de estruturas de personalidade uma influência dos tipos libidinais freudianos (Freud, 1931), ao afirmar que cada estrutura não precisa necessariamente corresponder a um adoecimento, mas cada uma delas adoeceria de maneira peculiar em condições desfavoráveis. Bergeret cita Freud lembrando de sua comparação entre as estruturas mentais e corpos cristalizados:

¹⁰ Encontramos poucos trabalhos de Bergeret traduzidos para o português, sendo a obra aqui trabalhada a mais conhecida em nosso país. Entretanto, este autor tem uma extensa produção acadêmica em livros e artigos, versando principalmente sobre temas relacionados à psicopatologia, ao narcisismo, estados limites e toxicomanias.

Em todo corpo cristalizado existe, no estado de equilíbrio normal, micro cristalizações invisíveis, reunidas entre si para formar o corpo total segundo linhas de clivagem cujos limites, direções e angulações acham-se pré-estabelecidas de forma precisa, fixa e constante para cada corpo em particular. (...) Se deixarmos cair ao chão nossa amostra mineral cristalizada, ela poderá quebrar-se, conforme explica Freud, apenas segundo as linhas de clivagem pré-estabelecidas no estado de equilíbrio, segundo seus limites, suas direções e angulações até então invisíveis. Tais linhas de clivagem originais e imutáveis definem a estrutura interna do mineral. (Bergeret, 1974/1991, p. 51-52)

Encontramos nesta passagem raízes do pensamento de Bergeret na teoria freudiana fundamentais para compreendermos a noção de estrutura de personalidade concebida pelo primeiro. Temos então a idéia de uma constituição imutável e mais ou menos estável da pessoa humana, organizada a partir de angústias e defesas individuais. A metáfora do cristal permite percebermos um modelo psicopatológico ancorado essencialmente na dinâmica interna individual e, portanto, estrutural-pulsional.

Bergeret (1974/1991) explicita também de modo claro uma problemática vigente na clínica contemporânea ao afirmar:

Uma concepção psicopatológica corrente no passado decompunha-se em postulados sucessivos bastante simplistas, bloqueando, por um certo período, toda e qualquer investigação em psicologia estrutural. O primeiro postulado pode ser formulado, sem forçar a caricatura, pela distinção praticamente

automática entre aquele que delira, mais ou menos assimilado à estrutura psicótica, e todo o resto, mais ou menos assimilado à estrutura neurótica. (p. 65)

Não é novidade para psicanalistas atuantes que o procedimento caricatural de classificar automaticamente um paciente que apresenta manifestação delirante como psicótico, assim como indivíduos aparentemente seguros no contato com uma realidade compartilhada são caracterizados como neuróticos, não se sustenta na clínica. Podemos encontrar sofrimentos muito graves e primitivos em pessoas aparentemente coladas a uma adaptação à realidade, enquanto episódios de manifestação delirante podem mostrar-se pontuais e circunscritos a uma situação extrema presente de terror ou falta de sustentação ambiental.

Notamos também importante argumentação no sentido de desvincular claramente a noção de estrutura de personalidade e uma suposta normalidade. Para Bergeret, a normalidade ou saúde define-se como estabilidade da estruturação, seja ela neurótica ou psicótica. Os termos “compensada” e “descompensada” para adjetivar as estruturações são significativos no rompimento conceitual e ideológico que vê na pessoa supostamente psicótica sempre um doente mental, enquanto o indivíduo

supostamente neurótico seria um modelo mais próximo da saúde em termos de maturidade.

Embora fale sobre os padrões de relação objetal e a representação social do sofrimento humano, observamos em Bergeret a presença firme da teoria libidinal e pulsional para a compreensão do adoecimento. Isto acarreta uma visão que privilegia o campo individual, concebido como separado e independente do meio e dos outros, isto é, a geração do sofrimento é enfatizada como fenômeno intrinsecamente individual em decorrência de conflitos entre forças de um suposto aparelho psíquico. No que tange as explicações acerca das estruturas neuróticas e psicóticas, Bergeret recorre freqüentemente a raciocínios econômicos, discorrendo sobre tais categorias a partir de conceitos como processos primário e secundário, fixação libidinal e investimento pulsional, apoiando-se numa metapsicologia fisicalista.

Ao mesmo tempo, é possível observar novidades em seu modelo psicopatológico em relação ao que vimos na teoria freudiana. A análise das organizações anaclíticas e sua contextualização numa dramática clínica exigem o lidar com outros fundamentos que não pertencem ao modelo pulsional, mas aproximam-se fortemente de concepções psicopatológicas relacionais:

Todo o problema econômico das organizações limítrofes se desenrolaria nas relações entre estes dois sistemas, ao mesmo tempo adaptativos e defensivos, permitindo ao ego uma certa mobilidade e segurança, porém jamais constituindo uma verdadeira solidez; o sujeito permaneceria demasiado massivamente dependente da realidade exterior e das posições dos objetos, bem como da distância destes em relação a ele. (p.131)

Embora Bergeret se utilize do jargão metapsicológico para explicar as organizações limítrofes ou anaclíticas, procurando situá-las em termos econômicos, já apresenta elementos novos ao considerar a importância da realidade exterior e do que chama posições dos objetos, entendidos então como relações da pessoa com outros que possam ser mais ou menos fundamentais e influentes na dinâmica do funcionamento psíquico, não mais limitado a conflitos e descargas pulsionais. Um pouco mais à frente, encontramos:

A relação de objeto anaclítica constitui uma relação de grande dependência que permanece vivida e jogada a dois, mas de maneira muito diferente do jogo fusional do psicótico com sua mãe. (p. 133)

Recorrer à idéia de jogo traz o aspecto vincular para o primeiro plano, pois evidencia a impossibilidade de chamarmos um indivíduo de anaclítico sem pensarmos na relação anaclítica em que ele está

contextualizado. Deixamos de falar de uma psicopatologia situada dentro de indivíduos para concebermos uma relação psicopatológica de dependência que acontece no vínculo entre pessoas e não em uma delas isoladamente.

Compositores: Bleger

É em Bleger (1983/1989) que percebemos uma problematização da psicopatologia que começa a se distanciar deste pensamento pulsional. Bleger usa o conceito de conduta como unidade de estudo da psicologia que se dá através da coexistência de intelecto, afeto e vontade, constituindo-se fato exteriorizado e social do acontecer humano. Reelabora a noção de conduta¹¹ à luz do que chama de enquadramento dramático (Politzer, 1928) para estudar as condutas em termos de experiência vivida, sempre vinculadas às condições concretas em que se dão. Embora também trabalhe com a idéia de uma personalidade estruturada, estável e contínua¹², enfatiza a saúde como possibilidade de movimento e flexibilização das condutas humanas em sintonia com as condições concretas do viver.

¹¹ O termo conduta foi originalmente elaborado por Lagache (1948;1968)

¹² Cabe salientar que o conceito de estrutura de personalidade utilizado nesta perspectiva psicanalítica difere daquele usado pelo estruturalismo, pois não admite a existência de uma estrutura desvinculada da história. A estrutura de personalidade é compreendida, ao contrário, como organização estável e contínua em consequência de uma biografia e, portanto, intrinsecamente relacionada e dependente da história.

A relevância dada ao ambiente, seja este familiar, institucional, cultural, histórico ou político retira o sofrimento humano do lugar de consequência de conflitos subjetivos inerentes ao indivíduo isolado, isto é, do resultado das dinâmicas pulsionais. O adoecimento é visto como um afastamento de si que acontece a partir da rigidez dos vínculos ou relacionamentos sociais.

A visão de Bleger sobre as condições concretas do viver e do adoecer humanos, assim como de um movimento que é essencial na saúde, podem ser encontrados na seguinte passagem:

Os seres humanos estudados em psicologia, seja de forma individual ou grupal, devem sê-lo sempre em função e em relação estreita com o contexto real de todos os fatores concretos que configuram a situação. Não é o mesmo referir-se ao homem da era industrial que ao da escravidão, e não é o mesmo, na era industrial, um período de crise e desemprego que outro de prosperidade. Tampouco são idênticas as ditas atividades, inclusive no curso do mesmo dia; não é totalmente o mesmo ser humano nem são as mesmas as condições exteriores. (p. 36)

Encontramos também em Bleger uma compreensão do adoecimento em termos de dissociação, entendida como diferentes tipos de rompimento entre campos da conduta e de áreas do viver humano,

geradores de incongruências, desadaptações e sofrimento. A dissociação é o processo subjacente ao afastamento da pessoa em relação a si mesma, idéia que será profundamente explorada por Winnicott para a construção de uma teoria do sofrimento em termos de falso *self*.¹³ É interessante notar que Bleger, diferentemente de Winnicott, chega a sua compreensão de dissociação a partir de Fairbairn. Este último faz críticas em relação à teoria da libido freudiana que prenunciam o paradigma relacional ao afirmar que a toda psicopatologia subjaz um fundo esquizóide:

A maior limitação da teoria atual da libido, como sistema explicativo, reside no fato de que confere o status de atitudes libidinais a várias manifestações que somente são técnicas do ego para regular as relações de objeto. (Fairbairn, 1941, p.23)

E, mais adiante:

... não obstante, devemos sempre ter em conta que a atitude libidinal não é o que determina a relação de objeto, e sim que a relação de objeto é o que determina a atitude libidinal. (p.28)

Fairbairn (1941) propõe uma inversão de pensamento que não chega a negar a influência da energia libidinal na dinâmica de seus

¹³ Diferentemente de Bleger, Winnicott dará nova complexidade a esta questão através da descrição de pacientes falsos *selves* em que as condutas aparecem como perfeitamente ou excessivamente adaptadas à realidade, o que denota não uma harmonia, mas artificialidade e submissão.

pacientes, mas coloca diretamente em questão seu lugar original de motor do funcionamento humano. Apresenta os estados esquizóides como preponderantes na coletividade humana, o que direciona seu olhar para relações objetais vividas na chamada por ele fase de dependência infantil. Estes afetos esquizóides estariam na base de diferentes tipos de adoecimento, configurando um estado único de dissociação do ego. Seu modelo psicopatológico dispara as primeiras vertentes de um pensamento relacional e será reinterpretado por Bleger (1983/1989) em termos de conduta:

A divisão esquizóide é a conduta defensiva básica e todas as outras condutas defensivas baseiam-se no manejo ou distribuição dessa divisão esquizóide.
(Bleger, 1983/1989, p.131)

Bleger compreendia que poucos pacientes no campo psicológico alcançavam conflitos de ordem ambivalente; portanto, poucas pessoas que solicitavam auxílio psicológico poderiam ser caracterizadas como neuróticas, existindo nelas um funcionamento e uma maneira de relacionar-se fundamentalmente esquizóide. Penso que sua atenção às relações objetais como condições concretas do viver lapidaram seu olhar em direção a uma existência humana que não pode ser concebida separadamente de um contexto que é histórico, social, político. Tal olhar acaba por apreender aspectos delicados da condição humana que não são

definitivamente superados ou abandonados, independentemente da diversidade de condutas apresentadas por alguém.

Além disto, concordamos com Bleger ao afirmar que toda conduta humana é a melhor possível naquelas condições, o que gera transformações cruciais para um olhar em direção ao adoecimento e ao próprio enlouquecer:

O que queremos assinalar é que a dissociação pode implicar uma condição necessária ou imprescindível, para um melhor sentido da realidade, na parte em concordância com a mesma. Sacrifica-se uma parte da personalidade para salvar a outra. (p.44)

E, mais à frente:

A personalidade expressa-se sempre sobre o mais alto grau de integração e organização que lhe resulta possível em cada momento, embora, logicamente, esse possa ser altamente variável e mutante. Em outros termos, o organismo opera sempre da maneira mais adequada para suas possibilidades nesse momento e nisso incluímos, também, não só a normalidade como também a patologia; de tal maneira que inclusive o sintoma é a conduta melhor que o organismo pode manifestar para resolver da melhor forma possível as tensões que enfrenta nesse momento. (p144)

Estas colocações de Bleger nos aproximam da teoria winnicottiana, de sua noção de saúde como flexibilidade, do sofrimento como afastamento da autenticidade do *self* a fim de proteger-se do

enlouquecimento como colapso que lança a pessoa nas agonias impensáveis, esteja ela delirando num hospital psiquiátrico ou tomada pelo pânico trancada em sua própria casa.

Cabe esclarecer, neste momento em que nos direcionamos para Winnicott, a necessidade de um esforço para a reflexão a respeito de algumas questões relacionadas a diagnóstico. Penso que, em uma clínica fundamentada na sustentação, não realizamos diagnósticos categoriais ou nosológicos que apreendem as defesas, mas uma compreensão do posicionamento existencial do paciente a fim de criar um ambiente sustentador sintônico com as necessidades daquela pessoa. Entendo como diagnóstico das defesas uma classificação que realiza uma espécie de levantamento de estratégias de sobrevivência psicológica, supostamente alocadas no paciente, para configurar um estilo de ser histérico, esquizóide, fóbico, entre outros. Concordamos com Bleger (1983/1989) ao afirmar que condutas defensivas são tentativas de ajustamento da pessoa visando o alívio do sofrimento. Tais estratégias não acontecem de maneira integradora, sendo compreendidas, a partir de então, como dissociativas. Toda defesa seria, essencialmente, dissociação.

Em qualquer momento em que fracassam as condutas defensivas e – por conseguinte – a dissociação da conduta, aparece a ansiedade como índice de

restituição, ou perigo de restituição, da ambivalência (conflito). A perda das defesas habituais, de forma total, conduz a uma desintegração psicótica, mas, em condições mais comuns, não alcança tal intensidade nem totalidade, e a ansiedade que aparece promove a formação de novas condutas defensivas. (Bleger, 1983/1989, p.137)

Neste sentido, a idéia de diagnóstico que julgamos mais coerente com a clínica da sustentação e o modelo psicopatológico relacional direcionam-se para a compreensão da fragilidade humana que leva o paciente a necessitar de estratégias dissociativas, tais como o pânico, a compulsão e a depressão, por exemplo. Não se sentir vivo, real e capaz de gestualidade espontânea é a face da dissociação que encontramos na clínica. Compreender o que leva um ser humano a este estado, em maior ou menor grau, exige considerarmos a confiabilidade da sustentação emocional experimentada por ele ao longo do tempo.

O próprio Winnicott realizava diagnósticos de um modo diferenciado, não para definir se o *holding* seria mesmo o procedimento mais adequado, mas sim para precisar de que maneira ele deveria se dar a fim de oferecer sustentação condizente com o posicionamento do paciente. Calderoni (2006) faz uma interessante brincadeira ao lembrar que a psicose é o que há de comum entre o atirador do shopping e Van Gogh, chamando a atenção para a falsa ilusão de precisão e

direcionamento do procedimento clínico contida em qualquer nomenclatura quando tomada de forma generalista. Um diagnóstico nosológico a partir das defesas coloca dentro do paciente uma maneira de funcionar que se encaixa em ou aproxima-se de um determinado padrão conhecido, buscando eleger técnicas de tratamento mais adequadas para cada suposto tipo de adoecimento. Por outro lado, ao falarmos de apreensão da condição existencial do paciente em seu contexto, temos a intenção de evidenciar um olhar que compreende a variação dos posicionamentos de acordo com a sustentação vivida ou não ao longo de uma biografia ou de uma situação. Isto confere aos vínculos e ao meio um papel fundamental, admitindo uma mobilidade de condutas para aquela pessoa sem que haja incoerência na comparação com padrões teóricos. Neuroses, psicoses e organizações fronteiriças são modelos de pensamento, não exatamente as condições concretas da existência humana.

VALSA, DOR E FUTEBOL

Valsa procurou atendimento psicológico por sugestão de seu médico reumatologista. Há alguns meses, havia recebido o diagnóstico de fibromialgia, o que deu nome a um quadro de intensas dores nas articulações dos braços, pernas e coluna vertebral.

Em nosso primeiro encontro, a jovem apresentou-se tímida, falando baixo e com os olhos quase sempre marejados de lágrimas. Julgava-se depressiva e concordava com o médico quanto à influência de seu estado emocional sobre as dores físicas, aceitando vir ao ambulatório para realizar doze sessões de psicoterapia inicialmente.

Treme discretamente ao explicar-me como são as dores que a acompanham há cerca de dois anos, enfatizando o sacrifício para manter sua vida sem alterações cotidianas. Trabalha com crianças, o que exige dela bastante vitalidade e movimentação corporal. Mora com os pais e se dedica aos cuidados da mãe, permanentemente acamada, dando-lhe banho, comida e atenção. Seus irmãos seguiram os próprios caminhos, casando-se ou partindo para outras cidades em busca de melhores trabalhos.

Valsa tem poucos amigos e uma vida social desinteressante. Acredita que as pessoas se aproveitam de sua terrível mania de querer dar sempre o melhor. Sente-se culpada por não conseguir trabalhar durante aquele período, imaginando que as crianças da escola precisam dela e estariam sofrendo. Além disto, teme pela saúde de seu pai que, recentemente, precisou ajudá-la nos cuidados com a esposa a fim de aliviar os inchaços que o peso da mãe provocava nos ombros e braços de Valsa. Para completar uma vida de aparente penitência, Valsa tinha um noivo, com quem dizia relacionar-se por ser a única pessoa que conversava com ela. Não estava apaixonada e aceitara a oferta de namoro e noivado, supostamente, para agradar aos pais.

Desde o primeiro contato, Valsa provoca em mim uma intensa irritação. Sua aparência frágil e angelical me dá vontade de fazer caretas. Sua generosidade com as pessoas não me comove e algo em suas lágrimas não me convence. Quando me sinto assim em um atendimento, suponho estar diante de alguém que receberia facilmente o título psicanalítico clássico de histérica. Ao ler seu histórico médico, encontro as palavras “dinâmica histriônica”, como era esperado. Porém, não encontro mais nada. Embora realizasse vários tratamentos ambulatoriais, não encontrei registros de suas passagens pelo hospital. Será que meus colegas também se irritavam com Valsa? Seu prontuário poderia ser a evidência de algo que

acontecia em sua vida junto a outras pessoas: impaciência e desinvestimento.

Os atendimentos de Valsa são enfadonhos, pois suas queixas se multiplicam em uma lista interminável e vagarosa. Para ela, ninguém parece reconhecer seus esforços e seu sofrimento, mas todos se aproveitam de sua bondade. Minhas tentativas de conversar sobre sentimentos de raiva e injustiça são engolidas por sua vocação para ajudar a todos. Quando tento sensibilizá-la para sua própria autoria em escolhas e acontecimentos, deparo-me com lágrimas quase ofendidas, tamanha seria minha incompreensão e insensibilidade. E o corpo de Valsa grita através de inchaços, vermelhidão e dor, invadindo seu viver, minha escuta e paciência, de forma avassaladora e limitante.

Certo dia, Valsa vem à sessão mancando e desculpando-se por ter faltado, mas ficara uma semana sem andar. Enquanto a acompanho até a sala, elogia meus sapatos novos.

– Obrigada, Valsa. Você é muito observadora.

– De nada - responde ela. Gosto muito dessa marca, mas nunca tive dinheiro para comprar, é muito caro.

Seu comentário me surpreende, pois ela nunca falava diretamente de suas vontades. Ao mesmo tempo, sinto-me incomodada por ela posicionar-se novamente como vítima, antes mesmo de sentar-se na sala. Resolvo arriscar e, retirando suas muletas e encostando-as na parede do corredor, digo:

– Valsa, hoje eu não quero que suas dores entrem na sala, elas não são mais convidadas. Você pode entrar, se quiser, mas estamos proibidas de falar sobre pernas e braços inchados.

Ofereço a mão para que se apóie e ela aceita, sentando-se e olhando para mim como uma menininha. Ficamos um tempo em silêncio, até que ela diz não poder falar nada, já que não podemos conversar sobre as dores que a deixaram de cama por tantos dias. Digo-lhe que ninguém na sua condição fica uma semana em casa apenas com dor. Fecho os olhos e brinco:

– Veja, Valsa, olha lá você em cima da cama! O que você está fazendo??? Ah! Lendo revistas! Que revista é aquela?

Valsa começa a rir e responde:

– É a Quatro Rodas... E aquele copo ao lado da cama não é remédio, não, é Coca Cola Ligth.

Seguimos com a brincadeira e descubro que Valsa gosta de carros. Conhece todos os modelos, lançamentos, suas potências e preços. Quando criança, brincava muito com os irmãos, então acabou aprendendo também a andar de skate e a jogar futebol. Adorava quando eram pequenos e montavam dois times no quintal, pois o pai apitava como juiz dos jogos e não permitia que ninguém a marcasse, o que a deixava mais livre para chutar para o gol.

Começo até a gostar dela. Nossa brincadeira de deixar as dores e as muletas de fora permite o aparecimento de aspectos de Valsa mais divertidos e autênticos, os quais, de alguma maneira, pertenciam ao passado. Passo a provocá-la cada vez mais a convidar aquela garota que um dia fora para opinar sobre o momento presente. O que a jogadora de futebol faria com a chefe de cara feia por seu afastamento médico? E com a vontade que sentia de aprender a dirigir?

Valsa parece adquirir, aos poucos, mais vitalidade e assertividade, até mesmo melhorando um pouco das dores. O noivo de Valsa pede a ela para vir junto à psicoterapia e falar comigo, reclamando de sua piora. Valsa diverte-se ao contar sobre suas peripécias para despistá-lo. Cheia de lucidez, declara acreditar que sua mãe está apaixonada por ele. Narra a cena de sua própria entrada no quarto da mãe, deparando com o noivo ajoelhado aos pés da cama, acariciando a mão da futura sogra. Esta, com olhar embevecido, mantinha a outra mão na nuca do rapaz, como se pudesse puxá-lo a qualquer momento para um beijo na boca. Brinco com Valsa, rindo e dizendo que ele tinha duas noivas, só que a mais velha o desejava mais... Ela concorda, chamando-o de meloso e assumindo sentir atração por homens mais selvagens e másculos.

Pouco tempo depois, Valsa termina o noivado aparentemente sem culpa, um pouco constrangida pela reprovação dos pais e pelos aplausos dos irmãos. Sem o noivo, não tem companhia para os fins de semana que não seja a família, sentindo-se sozinha e sem perspectivas. As dores se intensificam novamente, impedindo-a de vir às sessões.

Quando retoma os atendimentos falando das terríveis dores articulares, procuro ouvi-la, mas digo-lhe acreditar que ela sentira saudade das dores. Valsa manifesta estranhamento e censura ao meu pensamento, mas permite que eu fale mais. Digo perceber que ela era uma moça extremamente sozinha e que as dores eram sua melhor amiga: ofereciam companhia constante e um certo auxílio para que ela se desse o direito de não banhar a mãe, não ir trabalhar e não se arriscar fazendo coisas que pudessem expô-la ou machucar seus sentimentos.

Valsa diz não saber o que pensar, parecendo confusa e irritada.

– Está brava comigo, Valsa? – pergunto.

Ela diz não saber. Ficamos ambas em silêncio por alguns minutos e Valsa pergunta:

– Se minha mãe não tivesse ficado doente, eu poderia ser uma pessoa diferente do que sou?

É minha vez de dizer que não sei...

– Você queria que ela estivesse bem, não é, Valsa? Queria que ela pudesse ter sido sua mãe por mais algum tempo... Queria poder crescer do seu jeito.

Então Valsa chora. Não aquele choro de lágrimas apenas escorrendo, elegante e contido, que tinha me apresentado antes, mas um choro com soluços, cara feia e vermelha, nariz escorrendo.

Comparece às sessões das próximas semanas, apesar das dores. Parece mais centrada, embora deprimida, uma tristeza não de vítima, mas de alguém que se sente, ao mesmo tempo, cheia de desejos e de impotência.

Certo dia, vem à sessão com um semblante novamente martirizado, agradecendo minha ajuda e desculpando-se por não ter melhorado o quanto eu merecia. Digo-lhe apenas que não estava entendendo nada e que não gostava desta Valsa. Ela me explica que nosso contrato psicoterapêutico está chegando ao fim, afirmando saber da existência de uma fila de espera no ambulatório, cheia de pacientes que certamente precisavam muito mais de ajuda do que ela.

– Tudo bem, Valsa, você pode ir embora se quiser.

Valsa fica silenciosa, abaixa a cabeça e diz:

– Não pensei que você seria tão dura comigo...

– Valsa, você me disse que vai embora porque não quer tirar o lugar de outra pessoa. Estou dizendo que, se esta for de verdade a sua vontade, vá embora.

Valsa faz outra tentativa:

– Você não vai me perguntar o que a jogadora de futebol faria, Clarissa?

– Não.

– Por que? – choraminga ela.

— Porque ela é uma criança e não pode decidir sozinha se quer fazer terapia e mudar seu jeito de ser. Eu teria que perguntar aos pais dela se permitem que ela venha e eles não estão aqui. Ou eles estão aqui, Valsa???. Precisamos da permissão de alguém para que você cresça?

Valsa passa a chorar. Afirma não se sentir dona de suas decisões desde o adoecimento da mãe, que tivera um acidente vascular cerebral quando ela completara treze anos. Desde então, Valsa cuidava da mãe e da família com resignação, ódio e amor. Conversamos longamente sobre isto pela primeira vez e Valsa fala da culpa que sentia quando pensava que seria melhor a mãe ter morrido de uma vez.

— O que você quer fazer, Valsa?

Ela respira fundo, desta vez sem choro ou tremores, respondendo:

— Eu quero mais algumas sessões.

As sessões desejadas se transformam, então, em cerca de dois anos de encontros semanais, nos quais acompanho Valsa e, juntas, buscamos criar uma nova dança que possa acolher seu corpo tão dolorido.

IV- HARMONIA E DISSONÂNCIA: PSICOPATOLOGIAS EXPLÍCITA E IMPLÍCITA

Aiello-Vaisberg (2006b;2006c) chama a atenção para a existência de duas abordagens psicopatológicas presentes na obra winnicottiana, denominando-as psicopatologia explícita e implícita.

Em seu pensamento explícito, Winnicott (1945;1963a) é fiel a uma divisão tripartite do sofrimento humano entre neurose, psicose e casos *borderline*, sendo que estes últimos abrangeriam fenômenos depressivos, a tendência anti-social e as construções falso *self*. As neuroses são compreendidas como conflitos de natureza individual e pulsional, ocorrendo quando um suficiente grau de integração do *self* já pôde ser alcançado, atingindo-se então uma condição chamada de pessoa total. Para as outras duas categorias, estaríamos num campo de pessoas que ainda não alcançaram integração suficiente para viver relações triangulares e conflitos ditos edipianos. Para os neuróticos, Winnicott (1963a) recomenda que o psicanalista siga a técnica clássica descrita por Freud, enquanto para os outros casos, afirma que o mais adequado seria fazer “uma outra coisa” (Winnicott, 1962a), desenvolvida ao longo de toda sua obra como manejo de *setting*.

Ironicamente, encontramos nestes trabalhos comentários mais sutis quanto à suposta inexistência de neuróticos na Inglaterra e a impossibilidade de se encontrarem “casos bons” para a psicanálise, assim como sobre a provável existência de núcleos psicóticos em pacientes neuróticos. Winnicott abre caminho, desta forma, para o aparecimento dos indícios de uma psicopatologia implícita não desenvolvida em que o sofrimento único é o de não se sentir vivo e real.

Greenberg e Mitchell (1994) colocam a teoria winnicottiana no modelo estrutural relacional, distanciando-a radicalmente do modelo pulsional e destacando uma concordância explícita em relação à psicanálise clássica que não se sustenta em um exame mais rigoroso:

Winnicott também desenvolveu uma teoria puramente de estrutura relacional, embora não fosse apresentada explicitamente como tal. A sua maneira de justapor as suas inovações à teoria anterior torna-se compreensível somente no arcabouço de suas fidelidades, uma lealdade à tradição clássica não forte o suficiente para afetar a estrutura básica de seu pensamento, mas suficiente para proclamar uma continuidade que não está lá. (p.286)

Defendendo o pertencimento de Winnicott a um modelo de pensamento relacional em oposição ao pulsional, Greenberg e Mitchell (1994) referem-se a uma má leitura que Winnicott teria feito de Freud e Klein, ignorando discordâncias e modificando construções teóricas para

aquilo que ele julgava que seus predecessores gostariam de ter dito. Tal conduta geraria uma falsa impressão de continuidade, provocando uma noção equivocada segundo a qual as teorias psicanalíticas seriam somatórias umas às outras, isto é, todo novo autor viria a acrescentar contribuições complementares e harmoniosas a um corpo teórico mais amplo.

Encontramos nas universidades exemplos de pensadores que apontam transformações importantes na psicanálise a partir das contribuições winnicottianas. Loparic (1996) afirma:

Como avaliar essa contribuição à psicanálise? Creio que se possa dizer, do ponto de vista da teoria da ciência, que a teoria de Winnicott constitui uma *revolução científica* que substitui o paradigma da psicanálise tradicional por um novo. Em primeiro lugar, o antigo problema central, o do *andarilho na cama da mãe*, cede o lugar a um novo: o do *bebê no colo da mãe*. E, em segundo lugar, o papel de solução exemplar, paradigmática, passa a ser desempenhado pela teoria do amadurecimento pessoal, e não mais pela teoria da história natural da função sexual.

As questões pré-edípicas são colocadas em evidência, transformando o olhar do psicanalista e sua clínica. Loparic valoriza a mudança paradigmática proposta pelas idéias de Winnicott através de leitura que enfatiza uma psicopatologia fundamentada na teoria do

amadurecimento, o que implica na visão do desenvolvimento em etapas. Cristalizações e impedimentos seriam então condições para o adoecimento humano a partir de fixações em etapas do amadurecimento emocional.

A questão do amadurecimento constitui-se de maneira extremamente complexa e, para tocá-la levemente, precisamos lembrar que o próprio Winnicott (1971) proclamou-se desenvolvimentista. Explicitou a importância do ambiente em sua teoria do desenvolvimento emocional humano a partir de suas fases e também um modo pessoal de compreender esta idéia:

A única companhia que tenho ao explorar o território desconhecido de um novo caso é a teoria que levo comigo e que se tem tornado parte de mim e em relação à qual sequer tenho que pensar de maneira deliberada. Esta é a teoria do desenvolvimento emocional do indivíduo, que inclui, para mim, a história total do relacionamento individual da criança até seu meio ambiente específico. (Winnicott, 1971, p.14)

Temos então apresentada uma leitura do termo amadurecimento impregnada da história e dos vínculos da pessoa que se transforma no decorrer do tempo, coerente com um modelo psicopatológico relacional. Winnicott teoriza sobre o desenvolvimento em um contexto psicanalítico no qual, majoritariamente, escrevia-se que o bebê ao nascer traria o

psiquismo já constituído. Desta forma, seu pensamento se torna revolucionário ao defender a necessidade de um percurso complexo para se chegar a uma pessoa, a partir de seu próprio ponto de vista. O que poderíamos chamar de um processo de pessoalização, incluindo fenômenos de integração e personalização, dar-se-ia gradativamente a partir de aquisições biológicas, mas fundamentalmente afetado pelo ambiente humano.

Mitchell (1988) realiza uma crítica pertinente ao analisar o risco de incorreremos em um modelo de pensamento botânico, se reduzirmos o amadurecimento humano a seus aspectos biológicos ou orgânicos. No modelo botânico criticado, o ambiente de desenvolvimento humano sofre uma simplificação e uma naturalização que retiram a complexidade característica das condições concretas em que o desenvolvimento acontece. O ambiente de amadurecimento humano constitui-se diferentemente do solo para as plantas, caracterizando-se por delicadezas e mistérios em sua condição de sintonia ou não com as necessidades individuais.

Além disso, se tomarmos dialeticamente as séries complementares de Freud (1917), como sugere Bleger (1983/1989) teremos um vislumbre da complexidade presente na etiologia do adoecimento humano. Freud

(1917), teorizando sobre a origem das neuroses, defendia a determinação conjunta de fatores hereditários e constitucionais, das experiências infantis e de fatores desencadeantes ou atuais. A dança destes aspectos não poderia ser prevista ou controlada, conferindo inúmeras possibilidades ao desenvolvimento e também ao adoecimento humano através do tempo. Não é possível simplificar a condição clínica de um paciente isolando estes aspectos, de maneira que o amadurecimento individual precisa ser lido como processo complexo e intrinsecamente influenciado pela biografia, pelas experiências infantis e atuais, pela confiança na sustentação ambiental sintônica com as necessidades pessoais.

Nossa leitura do amadurecimento dá margem ao posicionamento do indivíduo a partir de diferentes questões do desenvolvimento emocional, de acordo com a sustentação ambiental que ocorreu em sua biografia e também no momento presente. A valorização das condições concretas do viver permite-nos observar que as pessoas não se comportam sempre de acordo com a mesma questão do desenvolvimento emocional, o que confere maior complexidade à clínica, desobedecendo a uma suposta ordenação da psicopatologia em termos de amadurecimento simples no tempo. Uma leitura de Winnicott que tome o desenvolvimento

emocional sob a ótica simplificada da maturação pode tender a organizá-lo em etapas esquemáticas de aquisições em um processo de tempo linear. Sob este ponto de vista, recai sobre o desenvolvimento emocional humano uma idéia de evolução, colocando-o mais em termos de uma puericultura afastada do que encontro na clínica. Penso existirem vulnerabilidades e delicadezas da condição humana que não dizem respeito a uma etapa infantil do desenvolvimento. Compreender a natureza humana a partir de aspectos existenciais admite o encontro de pessoas com modos de ser diferentes, influenciados por experiências em um eixo temporal. Porém, tais modos de ser não são explicados a partir de fases de desenvolvimento organizadas e conhecidas, contendo aspectos absolutamente misteriosos ou enigmáticos próprios do humano, independentemente de sua idade. Nesta vertente, pensamos que as pessoas são afetadas, tocadas de maneiras diversas pelas experiências no mundo e também por diferentes aspectos da condição humana, o que gera modos de ser complexos (Morin, 2006). Uma criança pode ser tocada por questões emocionais que um adulto não chegou a vislumbrar, sem que perca, por isto, características próprias de seu tempo. Tal situação não torna a criança madura ou o adulto infantil, mas confere tonalidades singulares a seus posicionamentos existenciais. Se tomarmos que a teoria

do amadurecimento coloca as etapas do desenvolvimento em uma seqüência temporal de acordo com o tempo de vida e o ambiente oferecido, a proposta desta investigação visa sustentar que um indivíduo pode se posicionar a partir de diferentes etapas do desenvolvimento emocional sem que haja incoerência.

Safra (2006a) critica uma leitura dos textos winnicottianos colada ao amadurecimento em termos esquemáticos de fases de desenvolvimento. Chama a atenção para a originalidade e profunda mudança que pode ser lida na psicanálise a partir da visão winnicottiana do *holding*, uma vez que esta nos permite afirmar não ser possível encontrar o seio materno se o colo ainda não foi encontrado. Encontramos referência à originalidade do pensamento winnicottiano nesta passagem:

Winnicott, no campo psicanalítico, enfocou, primordialmente, não tanto o fenômeno psíquico, mas o que seria a condição mesma do aparecimento deste. Ele realizou sua obra mostrando que determinadas situações são condições necessárias para que a experiência de ser e o estabelecimento de si mesmo pudessem vir a acontecer. Enfatizou a importância da presença do outro, no encontro originário que possibilita o sentido de si mesmo. Uma contribuição importante de seu pensamento à psicanálise foi a de apontar que o

trabalho com as questões psíquicas teria de ser precedido pelo acontecimento, que possibilita ao indivíduo um início de si. É preciso ser, para então desejar e relacionar-se. (Safran, 2004, p. 40)

Nota-se a importância dada ao existir a partir do próprio ponto de vista, fenômeno que é conquistado quando o desenvolvimento caminha bem e não é condição consumada do bebê ao nascer. Neste sentido, entendemos que o chamado psiquismo não é apenas uma condição posterior, mas dependente de uma experiência de si como existente para alguém e para si mesmo. Preferimos utilizar o termo existente ao psíquico para aproximarmos-nos do registro da experiência viva do ser em detrimento de representações, as quais podem vir a constituir conteúdos de características intelectualizadas e artificiais. Estas idéias trazem consequências radicalmente importantes para um olhar em direção ao sofrimento.

Winnicott tem na psicose a matriz clínica de seu pensamento, ou seja, construiu sua complexa teoria do desenvolvimento emocional humano baseado na atenção às experiências e relações primitivas do bebê como cerne da integração ou ausência desta no *self*. Dá especial valor ao desenvolvimento emocional primitivo, argumentando estarem aí localizadas as raízes da saúde ou doença mental.

Sob este prisma, apresenta uma concepção original de saúde, não descartando do indivíduo dito saudável o acesso a experiências *aparentemente* loucas. Chamamos atenção para o termo “aparentemente” porque o bebê, na teoria winnicottiana é essencialmente diferente daquele concebido na tradição kleiniana, visto como psicótico em seu viver inicial. Para Winnicott, o bebê não é psicótico ao nascer, mas ainda não desenvolveu um sentido de si mesmo a partir do próprio ponto de vista, o que o torna indiferenciado e não integrado, mas não psicótico. A psicose na teoria winnicottiana é compreendida como formação defensiva diante de agonias primitivas e, portanto, como adoecimento. No entanto, o contato com experiências iniciais primitivas do *self*, com as fantasias onipotentes não é necessariamente disruptivo e faz parte do desenvolvimento humano natural, e portanto, da condição humana. A loucura, para Winnicott, não é sinônimo de psicose. Ela abrange esta possibilidade humana como colapso e queda nas agonias impensáveis, mas abarca também as experiências onipotentes primitivas que são as bases de um viver criativo. Na abordagem kleiniana, a psicose é entendida como uma etapa do desenvolvimento, o que dá margem a uma psicopatologia fundamentalmente diversa da apresentada nesta

investigação. Vejamos um aspecto desta questão nas palavras de Winnicott (1965a):

Neste ponto, é necessário recordar o pressuposto básico, pertencente à psicanálise, de que as defesas se organizam em torno da ansiedade. O que vemos clinicamente quando encontramos uma pessoa enferma é a organização das defesas e sabemos que não podemos curar o nosso paciente através da análise das defesas, embora grande parte de nosso trabalho se dedique a fazer exatamente isso. A cura só chega se o paciente pode chegar à ansiedade em torno da qual as defesas foram organizadas. Pode haver muitas versões subseqüentes disto, e o paciente chega a uma após outra, mas a cura só chega se o paciente atingir o estado original de colapso. (p. 99)

Observamos nesta afirmação que o contato com aspectos primitivos do *self* faz parte da experiência humana e, mais além, o contato com agonias primitivas que estão na base das defesas psicóticas é condição para a superação deste posicionamento existencial. Nesta perspectiva, poder experimentar o que um dia foi agônico ou enlouquecedor numa relação sustentadora é um passo em direção à saúde mental, ainda que o fenômeno pareça paradoxal e estranho à primeira vista, exigindo “enlouquecer” para curar-se. Para Winnicott (1990), a saúde mental contém a possibilidade de contato com experiências primitivas da ordem da não integração e movimento integrativo, compreendendo a integração

como direção desejável para um viver criativo e ancorado no chamado verdadeiro *self*.

Sensível aos fenômenos de despersonalização e desrealização que se encontram presentes quando estamos diante de alguém que não se sente inteiro em um corpo próprio, não consegue experimentar as próprias ações e o mundo ao seu redor como detentores de sentido, tem uma sensação contínua ou episódica de futilidade no viver, Winnicott afirma a importância de um movimento de integração do *self* em direção a uma autonomia, o que pode ser compreendido como um percurso mais árduo para uns, menos difícil para outros, mas que cada pessoa deve viver a fim de tornar-se si mesma.

Winnicott (1990) não estabelece a integração como meta a ser plenamente atingida, mas como direção desejável ao longo de toda a vida. Neste sentido, podemos compreender que se apropriar do chamado verdadeiro *self* é um movimento inesgotável que, na ausência de sustentação ambiental, torna-se interrompido. O sofrimento básico, a partir deste olhar, diz respeito a afastar-se da integração, o que geraria falhas na constituição do *self*, assim como a sensação de não ser vivo e real.

Winnicott (1965a) apresenta uma questão fundamental ao defender que algum grau de loucura é universal e pode aparecer, inclusive, através de um temor de enlouquecer. Nesta idéia, está contida a essência do método psicanalítico, afirmando que qualquer pessoa tem algum contato com todo e qualquer acontecer humano, ou seja, lembrando o poeta Terêncio citado anteriormente, nada que é humano nos é estranho. Nesta afirmação, compreende-se que Winnicott, num primeiro momento, equipara o termo “enlouquecer” à vivência de experiências primitivas que são naturais em qualquer ser humano, podendo, entretanto, gerar medo e estranheza no adulto. Paralelamente, a afirmativa traz o medo de enlouquecer como sinalizador da existência de uma loucura que já teria sido vivida, porém não experimentada de modo sustentado e integrador. O temor do conhecido não pensado (Bollas, 1992) ou da experiência não integrada passa a constituir rumor do enlouquecimento. Encontramos então uma compreensão diferente da loucura exposta num primeiro momento, pois Winnicott (1963b) apresenta uma segunda versão da idéia, segundo a qual o enlouquecer é compreendido como a queda nas agonias impensáveis devido ao colapso das defesas dissociativas, não constituindo uma experiência, mas sim a face do horror. A vivência da ruptura num campo agônico não é natural no desenvolvimento humano,

diferentemente de experiências primitivas de não integração, tendo lugar quando o ambiente não é suficientemente bom na sustentação da continuidade de ser do bebê ou do adulto.

Desta maneira, o modelo psicopatológico implícito em seu pensamento trata o adoecimento como queda nas agonias impensáveis e como fruto de fenômenos dissociativos em maior ou menor grau que levam o homem à impossibilidade de se sentir vivo, real, presente num corpo próprio. Nesta psicopatologia relacional, não podemos falar na pessoa que adoece sem considerar o contexto concreto de sua história e do momento atual em termos de um ambiente capaz de oferecer condições sustentadoras. O adoecimento se dá nos vínculos, isto é, no espaço interpessoal que pode oferecer sustentação existencial ou não, o que é completamente diferente de um adoecer determinado por quantidades de energia pulsional endógena não administradas satisfatoriamente por um indivíduo.

Encontramos em Aiello-Vaisberg (2006c) uma passagem que ilumina a concepção de loucura e a psicopatologia implícita na obra winnicottiana:

É importante notar que, ao utilizar a despersonalização e a desrealização como matriz clínica de sua reflexão teórica, Winnicott chega a introduzir visões verdadeiramente transformadoras, no campo

da psicopatologia psicanalítica, porque obrigam a uma revisão da loucura e da psicose, permitindo ver o sofrimento psicótico na vida de todos, aí incluídos aqueles que, em períodos mais ou menos longos da vida, chegaram a ser diagnosticados psiquiatricamente. Tal revisão chega a significar, em toda sua radicalidade, que a loucura e a psicose não são realmente estranhas a ninguém, porque expressam aspectos fundamentais da condição humana. (p.115)

Novamente, deparamo-nos com os termos loucura e psicose, colocados lado a lado como possibilidades que se encontram mais explícitas ou latentes, expressando fenômenos que são naturais do humano. Percebo nestas idéias um convite a refletir e discutir até que ponto a loucura, entendida então não como expressão de fenômenos primitivos potenciais e esperados, mas como queda nas agonias impensáveis, pode ser considerada não-natural/potencial, ainda que possibilidade humana repleta de sentido. Mais além, seria possível contar com um ambiente de *holding* que afaste qualquer flerte com vivências agônicas, preservando-se apenas experiências primitivas sustentadas às quais os indivíduos teriam maior ou menor acesso em seus registros existenciais? Pode existir na condição humana uma precariedade, um desamparo ou insegurança que não se resolvem completamente com a maternagem suficientemente boa, não havendo, portanto, garantias de sua permanência num estado secreto ou distante. Qualquer pessoa pode

ser lançada nesta fragilidade ou sofrimento que, sem condições de sustentação no cuidado interpessoal, pode vir a se tornar adoecimento.

A fidelidade ao método psicanalítico no pressuposto de que toda conduta humana tem sentido leva a compreendermos que nenhuma forma de acontecer humano pode ser considerada exclusiva de uma pessoa ou grupo, mas parte da condição humana à qual pertencem todas as pessoas, sejam condutas místicas, racionais, éticas, loucas ou violentas.

Laing (1969), psiquiatra que foi supervisionado por Winnicott e formou-se junto a outros psicanalistas do *middle group*, cria o termo insegurança ontológica primária para designar o sofrimento humano fundamental ligado a todo e qualquer fenômeno esquizóide. Experiência no atendimento a pessoas ditas psicóticas, mostra-se sensível à manifestação desta insegurança através do temor do engolfamento do *self* pelo outro, da petrificação e da implosão de si:

The individual in the ordinary circumstances of living may feel more unreal than real; in a literal sense, more dead than alive; precariously differentiated from the rest of the world, so that his identity and autonomy are always in question. He may lack the experience of his own temporal continuity. He may not possess an over-riding sense of personal consistency or cohesiveness. He may feel more insubstantial than substantial, and unable to assume that the stuff he is made of is

genuine, good, valuable. And he may feel his self as partially divorced from his body. (p.42)

Teorizando sobre a construção de diferentes sistemas falso-*self* de acordo com supostos tipos de personalidade apresentados, Laing preserva, paralelamente, uma idéia compatível com a psicopatologia implícita apontada em Winnicott ao afirmar que algum nível de insegurança ontológica é vivido por qualquer pessoa dependendo de suas condições de existência. A apresentação clinicamente precisa das sensações advindas da insegurança ontológica permitem reconhecer sem dificuldade qualquer pessoa, independentemente do diagnóstico que tenha recebido, em algum momento ou contexto mais vulnerável de sua vida.

Ao tomarmos a integração como fenômeno potencial humano que pode ser favorecido ou não por condições de sustentação ambiental, as condições concretas históricas e políticas servem de malha na tessitura das dramáticas pessoais e coletivas. Encontramos em alguns sociólogos preocupados com as condições da vida contemporânea contribuições significativas para iluminar o olhar em direção ao sofrimento humano numa perspectiva relacional.

Baumann (2007) utiliza a metáfora da liquidez para criticar os vínculos humanos na atualidade, chamando a atenção para sua instabilidade. A rápida necessidade de mudança na forma de nossas vivências a fim de seguir uma adaptação submissa à realidade mostrada pela mídia retiraria o valor e o sentido das experiências, tornando a vida algo a ser exibido e assistido, ao contrário de propriamente vivido. Paralelamente, observa a extinção das comunidades, grupariedades humanas que podemos compreender como responsáveis pela sustentação das experiências pessoais, e sua substituição pela sociedade, coletivização que lança o indivíduo no anonimato e na funcionalidade da ação, fazer dissociado do ser.

Giddens (2002), eminente pensador da cultura, preocupado inclusive com a leitura de Winnicott e Laing, faz relação entre a insegurança ontológica, a ansiedade existencial e as condições concretas de ausência de sustentação no mundo moderno:

Essas questões incluem aquelas apropriadamente chamadas de existenciais, sejam elas postas no nível da análise filosófica ou no nível prático por indivíduos que atravessam um período de crise psicológica. São questões de tempo, espaço, continuidade e identidade. (...) Investigar tais questões ao nível da discussão filosófica abstrata é, obviamente, muito diferente de vivê-las. O caos que espreita do outro lado das convenções cotidianas ordinárias pode ser

concebido psicologicamente como horror no sentido de Kierkegaard: a perspectiva de ser ultrapassado por ansiedades que atingem a raiz própria de nossa sensação de estar no mundo. A consciência prática, junto com as rotinas diárias reproduzidas por ela, ajudam a por entre parênteses essas ansiedades não só, nem mesmo principalmente, por causa da estabilidade que implicam, mas por seu papel constitutivo na organização de um ambiente de faz-de-conta em relação às questões existenciais. (p.41)

Um cotidiano que não dá sustentação, mas cria um faz-de-conta para promover maior afastamento, uma substituição da experiência vivida verdadeiramente pela informação ou exposição assistida na mídia, uma ausência da comunidade humana são visões que trazem o cenário perfeito para o surgimento de adoecimentos pautados na solidão, na artificialidade e no afastamento de si. Não podemos nos esquecer que Bleger (1983/1989) já apontava a importância das condições concretas do viver para a saúde e o adoecimento humano, conforme já citado anteriormente.

Não encontramos definições precisas do conceito de dissociação na obra winnicottiana, mas ele é utilizado com grande frequência independentemente do tema e das ilustrações clínicas trazidas por ele. Winnicott (1945) afirma que a dissociação acontece quando há uma integração incompleta ou parcial de algum aspecto do *self*. Em trabalho

sobre a tendência anti-social (Winnicott, 1965b), apresenta um caso clínico ilustrando o fenômeno dissociativo que faz com que a culpa pelo roubo seja sabida e declarada, porém não sentida. Tais observações convidam a um maior aprofundamento desta estratégia humana de sobrevivência existencial, exigindo que façamos uma diferenciação entre o que é experiência vivida com presença real e aquilo que chamaríamos de um esboço de vivência, informação mental ou rumor emocional sobre o que seria a experiência não vivida de forma encarnada e inteira.¹⁴

Pensando no sofrimento de não se sentir vivo e real, torna-se necessário rever a denominação de falso e verdadeiro *self*. Poderia o suposto falso *self* ser considerado aspecto verdadeiro do indivíduo quando aceitamos que toda conduta humana é a melhor possível? Aproximando-

¹⁴Nesta discussão, é interessante repensar a diferença entre dissociação e recalque, uma vez que este último é fenômeno de ordem representacional, isto é, o recalque incide sobre idéias e não emoções ou experiências sensoriais/corporais, pertencendo a um modelo pulsional de pensamento. Parte-se do princípio que alguém estava lá para viver a experiência e assimilá-la como inaceitável, protegendo-se através do mecanismo inconsciente do recalque. A dissociação constitui defesa humana cuja conseqüência é a não-integração de experiências que foram vividas como insuportáveis, ou seja, lançadas na história de alguém que não pôde assimilá-las ou acolhê-las em seu viver pela falta de sustentação. A dissociação surge como estratégia de proteção para que estas vivências não sejam disruptivas evitando a possível entrada num campo agônico que é aniquilador do *self*. Para além da precisão de conceitos, poderíamos supor que o suposto recalque é fenômeno dissociativo, havendo uma relação bastante íntima entre o que seriam experiências inaceitáveis e insuportáveis. Caminhando em direção à explicitação de uma psicopatologia relacional ou vincular que vê o sofrimento universalmente como afastamento de si através de defesas dissociativas em diferentes graus, as fronteiras entre as ditas neuroses e psicoses tornam-se tênues, assim como a diferenciação entre modelos de estratégias defensivas.

nos das relações mais íntimas e privadas, ao falar sobre o falso e o verdadeiro, Winnicott (1960) traz uma preciosa reflexão sobre o nascimento de uma personalidade singular através da recepção do gesto espontâneo do bebê. Conviver com bebês pequenos traz grande peso e valor a esta observação, pois encontramos vivamente o desabrochar de uma personalidade no gesto de parar abruptamente os movimentos dos braços e das pernas para urinar, na decisão espontânea e determinada de mergulhar a boca na água do banho quando segurado de bruços, num som vocal muito particular que acompanha o processo de adormecer, na amplitude de abertura da boca para mamar e comer, pois, curiosamente, os bebês não abrem a boca da mesma maneira... A recepção destes gestos com hospitalidade, reconhecimento, divertimento, susto, medo ou indiferença será uma das primeiras oportunidades de sustentação e favorecimento ou não de uma sensação segura e verdadeira de ser.

Assim, faremos a seguir uma breve passagem com o objetivo de tematizar a sustentação à continuidade de ser, procurando contextualizar a melodia em que nossa letra, um modelo psicopatológico relacional, está inscrita.

A COR DOS OLHOS DE VIOLA

Quando conheci Viola, por ocasião de sua convocação para psicoterapia, ela estava no sexto mês de gestação e a barriga, já protuberante, evidenciava-se ainda mais no conjunto magro e delicado de sua aparência. Havia recebido um encaminhamento de sua obstetra para tratamento psiquiátrico, mas o médico que a avaliara solicitou que procurasse por auxílio psicológico, uma vez que, em seu estado, não confiava na administração de qualquer psicotrópico pela segurança do bebê.

A paciente apresenta-se bastante ansiosa e amedrontada em relação à gravidez, embora seja sua quarta gestação. Conta ter vivido episódios de depressão muito graves após os três partos anteriores e teme passar por isto novamente. Comporta-se de maneira infantilizada durante a sessão, parecendo muito desprotegida e confusa em relação ao pré-natal. Não sabe afirmar se está tudo bem com o bebê ou a data estimada para o parto. Leva com frequência a mão à boca e suga de leve o polegar, o que chama muito minha atenção. Viola conta que não desejara mais este filho, mas um descuido lançou-a nesta gestação.

Ao investigar melhor sobre os supostos episódios depressivos, percebo que Viola tem poucas lembranças sobre o que aconteceu com ela, mas relata, constrangida, ter tentado atirar um de seus filhos pela janela da maternidade. Nesta ocasião, permaneceu internada na psiquiatria por cerca de três meses. Suas memórias e relatos são confusos, às vezes desconexos e aparentemente fantasiosos, cabendo a mim tentar dar sentido temporal aos relatos que ela apresenta em forma de retalhos. Em minha busca por organizar as experiências que a paciente traz, compreendo que ela já havia sido internada na psiquiatria duas vezes, após o nascimento do segundo e terceiro filhos. Viola conta que, assim que voltou para casa após seu primeiro parto, trancou-se dentro do guarda-roupas, recusando-se a comer. Tinha pavor de amamentar também o bebê. Assim que teve oportunidade, fugiu de casa pela janela do banheiro e foi achada, dias depois, pela polícia que a trouxe de volta para a família. As narrativas confusas de Viola são entremeadas pela pergunta persistente - “Terei que ser internada de novo, doutora?”.

Fico muito preocupada com a paciente e decido propor que venha três vezes por semana, ainda que esta não seja a frequência mais adequada na instituição devido ao volume de pessoas que procuram atendimento. Imagino que acompanhá-la vai me dar um imenso trabalho e faço listas em pensamento quanto a estratégias para tentar organizar o tempo em função das semanas que ainda temos antes do parto: preciso falar com o marido dela, preciso falar com o psiquiatra, preciso falar com a obstetra, preciso

falar com a enfermeira da maternidade, preciso, preciso... preciso ficar calma.

Viola passa a vir três vezes por semana às sessões de psicoterapia. Chega sempre em cima da hora, agitada e cansada devido à rotina com a casa e as três crianças. Ela nunca trabalhara oficialmente, mas cuidava também de algumas crianças da vizinhança em sua casa em troca de cestas básicas. Viola ocupa os encontros com perguntas bastante concretas sobre como evitar uma nova gravidez, como organizar o horário dos filhos, qual o nome de sua doença e por que ela era como era. Procuo orientá-la em relação a suas dúvidas concretas e resolvo dizer-lhe que seu problema não é uma depressão pós-parto, mas uma crise psicótica que acontece num momento em que está muito frágil e insegura. Curiosamente, a paciente parece tranquilizar-se ao receber um nome para sua experiência e pergunta se já estudei muito sobre isto, provavelmente tentando assegurar-se que eu poderia cuidar dela.

Percebo pelas nossas conversas que a família de Viola tem origem bastante pobre em termos de condições financeiras e que ela era a caçula de onze irmãos. Seu pai falecera quando ela era pequena e o contato com a mãe parecia se dar de maneira superficial. No nascimento de seus três filhos, foi ajudada em casa por cunhadas e vizinhas que se revezavam para vigiá-la, banhá-la, alimentá-la, além de cuidar das crianças. O marido estava sempre trabalhando demais e a mãe vinha visitá-la de vez em quando para ver o novo neto, parecendo, porém, ignorar a condição emocional de Viola.

No decorrer dos encontros, Viola se mostra cada vez mais aflita em relação a situações concretas como o tamanho do bebê dentro dela, o que irá fazer com os outros filhos quando esta nova criança chegar, quando teria tempo e dinheiro para comprar algumas roupinhas. Certo dia, convido-a a olhar uma revista que mostra as transformações do feto durante a gestação, semana a semana. Ela fica muito agitada e ávida com a proposta e, ao terminarmos de olhar as fotos, cai num choro longo e relaxante. Diz achar graça ter acreditado que o feto poderia comer suas veias, pois nunca havia entendido o que era ser alimentado através do sangue da mãe. Digo à paciente que ela parecia ter muito medo do bebê, procurando assegurar-lhe que ela não estava sozinha.

Viola fica fascinada com o fato do bebê possuir tantas coisas prontas dentro de sua barriga, tais como unhas, cabelos, piscar os olhos... Diante desta constatação, pergunto-me, então, se aquele bebê ali dentro já tinha *cor dos olhos*. Acho graça na sua expressão e confirmo que sim, perguntando-lhe a cor dos olhos de seu marido. Quando Viola me diz que o

pai do bebê tem olhos azuis, respondo-lhe que, então, os olhinhos do seu filho, dentro de sua barriga, eram azuis também.

– Como você sabe disso, doutora? Dá para ver no ultra-som? – pergunta ela, surpresa.

– Não, Viola, é que os olhos da criança são uma espécie de mistura da cor dos olhos dos pais. Como vocês dois têm olhos azuis, seu filho também terá. – digo a ela.

– Ah, é??? E de que cor eu sou?

Estranho a pergunta:

– Como assim, Viola?

– De que cor são os meus olhos?

Permaneço alguns instantes estarecida diante da paciente que arregala bem os olhos e aproxima seu rosto do meu a fim de ajudar-me a ver melhor.

– Seus olhos são azuis. Bem azuis. – respondo lentamente, impactada e imaginando o que teria levado aquela mulher a viver trinta anos sem saber a cor dos próprios olhos. Viola permanece alegre o resto da sessão, feliz por ter olhos azuis e por saber que eles já eram assim antes de seu nascimento.

Certo dia, Viola conta que seu maior pavor é amamentar a criança. Diz que, ao aproximar seus filhos do seio, sente uma queimadura na cabeça e enxerga o bebê criando dentes, pronto para atacá-la. Foi assim que tentou livrar-se de um deles. Digo-lhe que ela não precisava amamentar para ser mãe e Viola então pede que eu converse com seu marido e seus médicos para que ninguém a force a fazer isto. Entendemos que a situação de amamentação é um dos fatores que lança Viola no colapso existencial e, paralelamente aos seus atendimentos, procuro conversar com outras pessoas que pudessem ajudá-la. O marido, infelizmente, nunca respondeu às minhas solicitações. Redijo meu parecer em seu prontuário e converso com a obstetra, que me garante então que Viola poderá receber tratamento adequado para não produzir leite após o parto. Daí em diante, Viola passa a ocupar praticamente todas as sessões conversando sobre amamentação, perguntando suas funções, certificando-se de que o bebê não seria gravemente prejudicado pela falta do leite materno, garantindo que não desenvolveria tumores se não amamentasse esta criança, apropriando-se de sentimentos de culpa e procurando compreender que o bebê precisava

muito mais de uma mãe que pudesse estar tranqüila com ele do que do leite concreto de seu seio.

No decorrer do último trimestre da gestação, Viola desenvolve hipertensão arterial e diabetes gestacional e, a cada nova intercorrência, troca de equipe médica e começo do zero minha peregrinação para conversar com seus novos obstetras. A situação me irrita e aflige, pois não sei quem irá acompanhá-la e não consigo ter qualquer segurança quanto à eficácia de minhas tentativas de comunicação. Viola manifesta também seu incômodo e percebe minha preocupação, procurando garantias de que, então, eu estaria no parto e impediria o bebê de mamar. Comprometo-me a estar com ela na enfermaria após o parto e isto parece tranqüilizá-la. Decido mudar de estratégia e passo a comunicar-me com os profissionais do cotidiano da própria enfermaria da maternidade, sensibilizando-os para a chegada de Viola e pedindo para ser avisada de sua chegada.

Com a proximidade do nascimento da criança, Viola não consegue vir sempre às sessões, mas telefona diariamente para conversar sobre como está seu corpo. Fica espantada ao sentir o bebê se mexer, achando que aqueles chutes tão esperados e exibidos por outras mães e nunca antes percebidos por ela pudessem ferir seus próprios pulmões. Pergunta o que é ligadura de trompas e relata a conversa com uma residente sensível da equipe obstétrica que conseguira permissão para a realização desta cirurgia, se ela assim o desejasse, embora sua idade estivesse abaixo da exigida para tal intervenção no serviço público.

Na última vez que conversamos antes do parto, Viola vem à sessão com uma bonequinha de plástico e diz estar treinando para amamentar o bebê. Sinto-me contrariada e desesperançada ao ouvir Viola descrever a conversa que teve com o marido, quando ficou decidido que ela tentaria amamentar para proteger a criança de possíveis doenças. A paciente chora nas tentativas de aproximar a boneca de seu seio, mas insiste dizendo querer ser uma boa mãe. Por mais que eu tente convencê-la de que aquilo não é necessário e de que ela não merecia passar por isto, não consigo demovê-la deste intuito e aguardo resignada o desfecho da situação.

Quando sou avisada por uma auxiliar de enfermagem sobre a necessidade de minha presença na maternidade, sinto um frio na barriga e muita vontade de desaparecer. Encontro Viola sorridente e pálida, num quarto sozinha, aguardando minha chegada para acompanhá-la ao encontro de Cavaquinho, seu pequeno bebê. A enfermeira me pede que não saia de perto dela em hipótese alguma e informa que atrasaram o máximo possível a amamentação a fim de esperar minha presença. Sinto-me gelada ao guiar Viola até o berçário e nenhuma outra mãe se aproxima de nós. Viola toma o filho nos braços, entregando-me o bebê em seguida. Converso com Viola

e Cavaquinho, elogiando o bebê e apresentando-o à mãe como aquele que cresceu, chutou e não a engoliu. Ela ri enquanto coloco a criança posicionada em seu seio, que ele rapidamente abocanha sem permitir qualquer momento de expectativa. Viola olha para mim e pergunta:

- O que eu faço agora?

Digo-lhe que não há nada a fazer a não ser esperar e ficamos conversando sobre amenidades. Num dado momento, Viola me pergunta se é normal aquilo tudo doer *pra caramba*.

Confesso-lhe que eu própria sentira muita dor inicialmente para amamentar, pois as gengivas de um bebezinho eram tão duras e fortes que pareciam mesmo dentinhos afiados. Viola sorri, chora e conversa com Cavaquinho ternamente:

— Não me morda com essa boca cheia de dentes que não são dentes, senão a doutora vai brigar com você.

Ela permaneceu internada na maternidade por algum tempo, até que todos se sentissem minimamente seguros em mandá-la para casa com seu Cavaquinho. Visitei-a diariamente neste período, acompanhando-a em algumas mamadas e colocando-me à disposição para recebê-la novamente no ambulatório após sua saída. Em sua casa, Viola me telefona algumas vezes, com frequências cada vez mais espaçadas, mas não chega a marcar sessões. Encontro-a, meses depois, na sala de espera com todas as crianças, pois viera trazer o filho mais velho à psicoterapia no setor de atendimento infantil. Afirma sentir-se bem, apesar de muito cansada, e mostra-me com muita satisfação o bebê caçula, perguntado-me se não estava mesmo uma graça o nosso filho Cavaquinho...

VARIAÇÕES PARA VIOLA

O que leva Viola a adoecer?

Como cuidar para que, apesar de dificuldades fundamentais relacionadas à integração de si serem vislumbradas na paciente desde o primeiro contato, Viola possa estar presente em sua experiência de gestante e mãe sem sucumbir às agonias impensáveis nela já deflagradas pela ausência de sustentação para seu sofrimento?

A história de Viola é, infelizmente, marcada por quedas em agonias impensáveis que tornaram necessária a criação de um posicionamento defensivo de características psicóticas. No entanto, estes episódios também não são determinantes de uma repetição do colapso de maneira ininterrupta

ou inevitável em qualquer situação de maior insegurança. O diferencial situa-se em poder experimentar o sofrimento acolhida em um vínculo sustentador ou ser lançada nele em total desamparo e vulnerabilidade.

Primeiramente, a falta de sustentação ao longo da vida de Viola pode ser inferida a partir dos relatos da paciente como fenômeno corriqueiro em sua biografia: a perda precoce do pai, o distanciamento afetivo na relação com a mãe, a ausência de amigos, um casamento vivido por ela como impessoal e burocrático. Poderia Viola, a caçula de onze irmãos, não ter encontrado lugar no vínculo com alguém? Teria sido vista com singularidade e devoção? A descoberta de seus olhos azuis após três décadas de vida é emblemática de uma condição existencial dissociada para além do momento atual, sinalizada também através de sua insegurança, da concretude de seus pensamentos e medos, do alheamento em relação ao próprio corpo, características da personalidade da paciente que não parecem vinculadas à gestação, mas a seu viver.

A dissociação em Viola adquire tonalidades particulares, que apontam para a impossibilidade de integração de fenômenos corporais como experiências existenciais próprias e seguras. Isto faz com que ela não consiga experimentar seu corpo como próprio, situação estendida para a autoria de suas ações. Os episódios narrados por Viola têm feições confusas, atemporais, nos quais não é possível vislumbrar qualquer direção que tenha sido impressa pela paciente: não sabe precisar como conheceu ou como se casou com o marido, não entende bem por que teria engravidado novamente, não se lembra ao certo das internações, não sabe dizer se algum dia sonhou com estudar, viajar ou ter uma vida diferente da que tem hoje. Viola não se sente viva e real, comunica sensações de estranheza e alienação em relação a seu próprio viver, que passam à persecutoriedade e ao desespero no momento em que algo estranho ganha vida dentro de seu corpo e parece exigir dela cuidado que não se sente capaz de oferecer.

Procurei oferecer sustentação a Viola durante todo o processo de atendimentos, o que, para ela, traduzia-se em constância e acolhimento de suas perguntas através de respostas tranquilizadoras e também de um olhar para suas necessidades e apreensões. Sentia-me como se, a cada conversa em que eu explicava a ela o funcionamento do ultra-som, da bolsa de água dentro de sua barriga, da cor dos olhos do bebê, um pedacinho de seu corpo se desenhava de maneira inédita como experiência compartilhada e segura, delineando-se sentidos e compreensão.

Penso que, em meu vínculo com Viola, a discordância que aconteceu entre nós quanto à amamentação de Cavaquinho foi fundamental para uma experiência de diferenciação buscada pela paciente, ainda que não intencionalmente manejada por mim. Aos meus olhos, Viola sempre

parecia frágil e manipulável, confundindo-se intensamente com manifestações de outras pessoas a seu respeito, de modo a perder a possibilidade de encontrar seu próprio gesto. No momento em que assume que irá amamentar Cavaquinho, ainda que aparentemente por vontade do marido, inaugura-se entre nós um espaço de discordância e diferença inédito em sua vida, pois me obriguei a respeitar sua vontade, mesmo contrariada. Minhas tentativas de demovê-la daquela decisão e protegê-la de seus/meus temores encontram resistência ferrenha, o que parecia raro nas vivências da paciente. Absorvida em minha preocupação, descobri-me mobilizada a tentar ajudá-la a não surtar, enquanto Viola surpreendeu-me buscando mergulhar por inteiro e corajosamente na experiência da maternidade que ela necessitava viver com todos os seus paradoxos de força e fragilidade, segurança e dependência, temor e paixão. Com a possibilidade de amparo, Viola lançou-se em direção ao que precisava ser vivido, experiência que abrangia o encontro com um outro diferente dela, que não mutilaria seu corpo, ao qual ela poderia contrapor-se e ser respeitada como única pessoa capaz de direcionar o rumo de seu viver.

Usando novamente a idéia do rosto como paradigma único da condição humana e pensando no girar do cata-vento como emblemático de um viver criativo e ancorado no gesto espontâneo, Viola não conseguia girar seu cata-vento, possivelmente por não conseguir encontrá-lo em lugar algum.

V- LETRA E MÚSICA: PSICOPATOLOGIA E SUSTENTAÇÃO

Como ler as palavras da canção Águas de Março, de Tom Jobim (1972), sem experimentá-las junto de sua melodia tão marcante, ainda que silenciosamente em pensamento? É muito difícil apenas ler a letra da música, tal qual um poema, pois esta já se encontra tão intimamente casada com sua melodia e ritmo que, sem intenção, nos colocamos a ler cantarolando a música.

Para chegarmos à proposição de uma abordagem psicopatológica relacional implícita na obra winnicottiana, é necessário determo-nos, ainda que brevemente, num modelo clínico diferenciado em que sustentar a continuidade de ser do paciente é o fazer fundamental do psicanalista. Sustentar a continuidade de ser e orientar-se por um modelo psicopatológico não pulsional ou contrário à metapsicologia são como letra e música formando um sentido inseparável, o qual se contrapõe ao modelo interpretativo da psicanálise clássica.

Greenberg e Mitchell (1994), como já citado anteriormente, destacam as diferenças teóricas entre os modelos psicanalíticos pulsional e relacional, apontando também para uma divergência destes quanto à prática clínica:

Uma compreensão fundamentalmente diferente do desenvolvimento humano dirige os dois modelos para abordagens igualmente incompatíveis da ação terapêutica. (p.292)

Trabalhar clinicamente a partir de um olhar psicopatológico relacional só é possível dentro de um estilo psicoterapêutico que tem na sustentação, intervenção inspirada no conceito winnicottiano de *holding*, seu fazer fundamental. Antes de nos determos na relação entre sustentação e *holding*, seria importante podermos distinguir a sustentação como intervenção, ação terapêutica própria de um modelo relacional, da interpretação, procedimento condizente com um modelo pulsional. Para isto, precisamos problematizar, ainda que brevemente, o que entendemos por compreensão e sentido.

Intervenção e interpretação

A cena cotidiana de um bebê explorando o mundo pode oferecer subsídios iniciais para visualizarmos a questão do estabelecimento de um sentido emocional na experiência humana. Um bebê pequeno parece tentar girar um cata-vento assim como vê sua mãe fazer para entretê-lo. A aproximação do brinquedo provoca excitação e a criança se agita, movimentando rapidamente todo o corpo. Após tentativas que podem

durar alguns dias, descobre que o segredo daquele efeito tão esperado está num movimento mais delicado feito com a ponta dos dedos. Ao conseguir girar o cata-vento, o bebê procura sorrindo o rosto da mãe e, ao perceber que esta compartilha sua nova descoberta, balbucia, ri e se agita. É fundamental notar que o bebê não celebra quando vê o cata-vento girar, mas sim quando encontra seu próprio gesto refletido no olhar da mãe.

De que maneira se dá a compreensão nos relacionamentos humanos? O bebê com seu cata-vento parece ilustrar que a constituição de um sentido na experiência e a sensação de ser compreendido estão para além da dimensão intelectual e cognitiva, encontrando-se numa área mais sutil. Ser compreendido pelo outro traz acolhimento, alívio e alegria, dispensando explicações argutas.

Amatuzzi (2001), dialogando intimamente com Merleau-Ponty, lança a possibilidade de tomarmos a compreensão como encontro de sensibilidades, aspecto fundamental para desenvolvermos o tema da sustentação. Chama a atenção para a questão do sentido no fenômeno humano, destacando a compreensão não como ato do pensamento lógico:

Creio que podemos acrescentar que a fala de uma pessoa que procura psicoterapia é um tatear em torno de um significado, um esforço de

expressão que, no entanto, não chega a ser plenamente bem sucedido. Esse tatear, contudo, aponta para uma direção que é o novo significado em gestação. Cabe ao terapeuta favorecer essa gestação ou, ao menos, não atrapalhá-la. (...) Ouvir não é um ato de inteligência ou do pensamento, mas uma participação existencial em um movimento de gestação ou parto no plano do sentido. (p.40-41)

O sentido, tal como apresentado, acima diverge do que chamamos de explicação, informação de cunho pedagógico e intelectual, aproximando-se então de um fenômeno da ordem da experiência viva, corporal e processual. Entendemos sentido como experiência, uma vez que sua aparição parece dar-se na clínica em momentos muito especiais em que o paciente consegue estar encarnado no corpo e viver uma experiência de ser inteiro, vivo e real. Nas experiências cotidianas, compreendemos que o sentido aparece através da sensação de que o viver é próprio e vale a pena ser vivido, o que pode se traduzir em sentimentos de alegria não-eufórica, serenidade e lucidez, a qual está muito mais intimamente relacionada com a clareza de um posicionamento próprio advindo da presença encarnada do que com um fenômeno da ordem do pensar. Nesta perspectiva, AmatuZZi oferece uma interlocução que soa familiar, valorizando a compreensão como experiência viva para além da explicação. A formação não psicanalítica deste autor e suas

críticas em relação à metapsicologia redutora do humano, baseadas na fenomenologia, são preciosas para auxiliar no esclarecimento de alguns conceitos como compreensão e sentido. Porém, notamos que a psicanálise winnicottiana admite claramente a possibilidade de fenômenos da ordem do pensamento se darem como naturais e integrados no acontecer humano, sem atrapalhar a compreensão. Simbolizar é conduta própria do humano, afastando o indivíduo de si mesmo e das relações autênticas com seus pares apenas quando acontece de maneira dissociada, revelada numa intelectualização excessiva e estéril. Pensar, refletir, sentir e permitir ser afetado pelo encontro humano faz parte do que entendemos como compreender.

Vemos a sustentação como intervenção essencial na clínica psicanalítica contemporânea, fazer este que abarca a compreensão como descrita anteriormente, visa ao favorecimento da continuidade de ser do paciente e ao alívio de sofrimentos existenciais relacionados à impossibilidade de sentir-se vivo e real. Podemos dizer que a sustentação é a intervenção fundamental de uma clínica ancorada no cuidado à continuidade de ser, o que difere drasticamente de um fazer psicoterapêutico voltado para *insights*. Aiello-Vaisberg (2003b) trata desta

questão extensamente ao diferenciar interpretação e intervenção. Afirma que:

Se abandonarmos esta visão cindida do humano, perceberemos que o efeito mutativo se produz antes pelo encontro inter-humano, que se fará naturalmente acompanhar pela articulação simbólica. Não sendo o homem justaposição de corpo e alma, mas indivíduo, não há porque pensar que algo deve primeiramente se produzir em sua mente para, a seguir, expressar-se em outras áreas de seu viver. Se o homem é indivíduo, seu acontecer é sempre e inevitavelmente unitário, ainda que se expresse nas diferentes áreas fenomênicas do simbólico, do corporal e da atuação no mundo externo. (p.48)

Encontramos aqui referência à integração do acontecer humano em diferentes campos da conduta, valorizando o pensar e o simbolizar como naturais da experiência viva, sem privilegiar estas condutas em detrimento do gesto e indicando a problemática da dissociação que transforma a reflexão natural e própria em intelectualização defensiva. A fim de entendermos as particularidades de um estilo clínico cujo cerne é a sustentação, é necessário diferenciá-lo de um modo de trabalhar psicanaliticamente que tem o objetivo de ampliar o conhecimento intelectual do paciente sobre sua condição através de interpretações explicativas. Intervenção aqui se contrapõe ao que compreendemos como interpretações de cunho pedagógico, que, freqüentemente, aumentam o

conhecimento intelectual do paciente sobre si mesmo sem favorecer mudanças concretas em seu posicionamento existencial. Aiello-Vaisberg (2003b) afirma que intervir é sustentar, o que pode acontecer de maneiras diversas quando o terapeuta é sensível e coerente com as necessidades emocionais do paciente.

Herrmann (2003) apresenta interessante reflexão quando afirma que a interpretação acontece na escuta e não na fala do analista. Isto diferencia então a interpretação, compreensão que nasce no pensamento do analista, de uma sentença interpretativa, entendida como a transformação deste pensamento em comunicação verbal compartilhada. A sentença interpretativa seria desnecessária, pois, uma vez formulada, seria apenas constatação de um trabalho de simbolização já realizado pela dupla. Paralelamente, Herrmann destaca a importância de diferenciar interpretação de fala do analista, demonstrando existir uma confusão em nosso meio quanto a estas condutas clínicas e admitindo que o psicanalista fala na sessão não necessariamente para interpretar fantasias do paciente.

O que viriam a ser falas não interpretativas no encontro clínico? Entendemos que a simbolização e a busca de sentidos é conduta própria do homem e que este percurso pode ser trilhado hoje, como apontava

Winnicott, através de relações humanas e experiências culturais, não mais necessariamente na psicoterapia. Percebe-se ainda um privilégio da chamada sentença interpretativa como objetivo de analistas que, quando não o fazem, acreditam que estão fazendo alguma outra coisa que não psicanálise. Neste sentido Winnicott (1962a) abre caminhos ao afirmar fazer psicanálise quando é disto que o paciente precisa, ou seja, quando o dispositivo padrão parece fluir sem dificuldade e o paciente parece buscar e aceitar interpretações, enquanto faz uma outra coisa com os pacientes com os quais o enquadre clássico se mostra inadequado ou improdutivo. A partir de experiências clínicas, acreditamos que esta “outra coisa” de que fala Winnicott é psicanálise, mantendo-se fiel ao método interpretativo¹⁵, mas diferenciando-se em termos de procedimento.

É preciso assinalar que podemos criar na relação analítica interpretações dotadas de sentido não dissociado da experiência viva do paciente, isto é, não baseadas num conteúdo intelectual explorado. Tomando-se o homem como ser que espontaneamente simboliza e é capaz de auto-reflexão, naturalmente existirão conhecimentos criativamente produzidos na relação com o terapeuta. Lembrando que o

¹⁵ É importante não esquecer a diferença fundamental entre o método interpretativo da psicanálise, compreendido como crença em que toda conduta humana é dotada de sentido (Bleger, 1983/1989) e procedimento interpretativo, que diz respeito a técnicas de intervenção. Acreditamos que a psicanálise se define pelo referencial ético do método e não apenas pelos procedimentos que adota, como já discutimos anteriormente.

pensar é natural do homem e que a simbolização pode se dar de maneira integrada à experiência viva, a atribuição de sentidos ao acontecer passa a ser considerada gesto inter-humano, uma vez que se expressa como ação no mundo quando favorecida por um ambiente suficientemente bom, ancorado na compreensão como encontro de sensibilidades. Podemos dizer que interpretações desta ordem trariam também a experiência de sentir-se sustentado, favorecendo movimentos integradores através de olhar, escuta e fala atenta à necessidade do paciente de aproximar-se do chamado verdadeiro *self* através da atribuição de sentidos vivos ao próprio acontecer num encontro humano.

Winnicott (1941) expõe com originalidade a idéia de intervenção psicoterapêutica não-interpretativa favorecendo mudanças no posicionamento existencial de pacientes, explicitando sua crença em que o valor da terapia está na experiência e não necessariamente no conhecimento. No que chamou de observação de bebês numa situação estabelecida, tratava crianças com diferentes sintomas, tais como asma e convulsões, recebendo-as em seu consultório e proporcionando uma lição de objeto: fazia vibrar um depressor de língua e aguardava que a criança pudesse viver uma experiência completa de relação com aquele objeto. Segundo suas observações, esta situação abrangia um período de

hesitação na aproximação do objeto, uma fase de fruição, na qual a criança tomava a espátula, colocava-a na boca ou realizava outros jogos com ela, e um último momento de desinteressar-se, em que a criança se desfazia da espátula atirando-a no chão ou simplesmente passando a ignorá-la. Crianças com problemas no desenvolvimento emocional apresentavam dificuldades no fluir desta experiência. A presença cuidadosa de Winnicott ao sustentar diversas vezes este jogo na consulta pediátrica, aguardando o gesto da criança, respeitando seu ritmo com confiança em seu potencial criativo, mostrou-se intervenção mutativa capaz de favorecer o restabelecimento de um desenvolvimento saudável.

Este trabalho contribui para uma fundamentação rigorosa da intervenção na psicoterapia, demonstrando a necessidade e a possibilidade de um fazer clínico diverso daquele baseado em interpretações explicativas, capaz de alcançar mudanças na condição de sofrimento de pacientes.

Deparamo-nos, na clínica atual, com pacientes cujo sofrimento vivido e condutas apresentadas não podem ser aliviados ou alterados com explicações, ainda que corretas e precisas sob o ponto de vista teórico. Inspirada no *holding* winnicottiano, a sustentação adquire uma face singular em resposta a cada paciente, variando sua apresentação de

acordo com as necessidades da pessoa diante do terapeuta e da pessoa real do analista que realiza o trabalho.

Sustentação e holding

Ao enunciar o conceito de *holding*, Winnicott define-o a partir de diferentes pontos de vista. Encontramos uma primeira definição como fase do desenvolvimento emocional primitivo (Winnicott, 1960), chamada de “fase de *holding*”, correspondente ao período de cuidados com o lactente. No mesmo trabalho, há a explicação do conceito como conjunto de cuidados maternos físicos e psicológicos dispensados ao bebê humano no período logo posterior ao seu nascimento. É possível compreender também o *holding* como provisão ambiental suficientemente-bom, o ambiente de *holding*, o que lança o conceito para além da figura materna e traz a noção de cuidado de modo a abranger outros fatores implicados no início da vida do bebê que não a mãe concreta: pai, avós, médicos, grupos sociais, momento histórico e político.

A tradução do termo para segurar ou sustentar guarda sua origem nos cuidados concretos com o bebê, que necessita estar fisicamente seguro, contido e psicologicamente acolhido ou sustentado para

desenvolver-se de maneira satisfatória. Ao mesmo tempo, Winnicott relaciona o *holding* com outros conceitos fundamentais criados a partir de sua experiência clínica, tais como a noção de ilusão, continuidade de ser e integração. A sustentação física e psicológica do bebê, alcançada pela devoção sensível da mãe suficientemente-boa que atende as necessidades da criança através de sua presença viva, confiável e pontual teria como conseqüências naturais as experiências de ilusão, continuidade de ser e o desenrolar de movimentos integrativos .

Uma breve aproximação da maneira como Winnicott apresenta o conceito que procuramos aprofundar poderia nos levar a concluir ingenuamente que o *holding* está relacionado ao vínculo mãe-bebê, restringindo-se, portanto, ao trabalho com crianças ou pacientes clinicamente regredidos. Ao contrário, ele próprio amplia sua idéia ao tecer a analogia entre a relação mãe-bebê e o vínculo analista-paciente em situações de análise em que o manejo de *setting* é a intervenção fundamental.

Uma interlocução criativa com a obra de Winnicott, reunida a experiências clínicas diferentes daquelas vividas por ele, permite admitir que o *holding* fundamenta um ser e fazer essencial na clínica contemporânea, não ficando restrito ao cuidado com crianças, psicóticos

ou pessoas em situação de regressão à dependência. Neste sentido, julgamos ser importante assumir algumas diferenciações em relação ao pensamento winnicottiano, respeitando o extremo valor de suas contribuições e também o espírito universitário, enquadre no qual a atual pesquisa vem sendo realizada. Ancorados num olhar psicopatológico relacional, podemos então afirmar que toda e qualquer pessoa necessita sentir-se sustentada ao longo de toda sua vida, variando a forma e a intensidade desta sustentação, uma vez que a condição humana apresenta uma instabilidade jamais completamente resolvida pela maternagem suficientemente boa inicial.

Através de experiências clínicas estudadas, observamos que sustentar um paciente em sua continuidade de ser mantém importante relação com o fenômeno de ilusão descrito por Winnicott, assim como os fenômenos de *handling* e apresentação de mundo¹⁶. Para ele, a adaptação suficientemente-bom da mãe às necessidades do bebê favorece que a criança viva a ilusão de onipotência, isto é, o objeto lhe é apresentado no momento em que surge a necessidade de maneira o mais sintônica

¹⁶ Winnicott (1945) descreve *holding*, *handling* e apresentação de mundo como fenômenos básicos de uma maternagem suficientemente-bom, favorecedora da constituição do *self* do bebê. O *holding* é, neste artigo, colocado como a sustentação física e psicológica nos braços e na subjetividade materna, o que favorece a constituição do bebê como unidade; o *handling* é descrito como o manuseio corporal da criança nas atividades de troca, banho, favorecedor da personalização ou localização do *self* num corpo próprio; a apresentação de mundo seria o fenômeno responsável pela possibilidade do bebê criar o mundo a partir de sua apresentação em pequenas doses, o que favoreceria a experiência do *self* num tempo e espaço compartilhados.

possível com ela. Desta forma, o bebê vive a ilusão de criar o objeto a partir de si mesmo e vai, criativamente, construindo o mundo ao seu redor e integrando aspectos de seu próprio *self*.

Para além do universo infantil, compreendemos que a sustentação da continuidade de ser do paciente, seja ele criança ou adulto, tenha recebido ou não o diagnóstico psicopatológico de um sofrimento dito psicótico, promove o alívio de sofrimentos e pode evitar o adoecimento emocional. Favorecido pela intervenção psicoterapêutica, o paciente sustentado mostra-se capaz de, com seu próprio potencial criativo, integrar, revisitar e inaugurar aspectos de si mesmo que se encontravam antes dissociados ou não-vividos. Assim, encontramos numa relação em que um mundo passa a ser construído criativamente, sem a necessidade de explicações. Mergulhamos numa intensa experiência emocional com o paciente, capaz de despertar contratransferencialmente sentimentos que vão do ódio à comoção. Manter-se presente, vivo e real é a principal tarefa do analista, que, a partir desta condição, é profundamente afetado pelo viver do paciente e realiza uma escuta, um gesto, uma espera sintônicos com o mundo que vai paulatinamente sendo criado pela dupla.

Para refletirmos mais profundamente sobre a sustentação como fazer inspirado no conceito de *holding*, mas que direcionamos para além dele, gostaria de apresentar uma breve tematização deste contexto sob o ponto de vista da experiência vivida na intersubjetividade quando o sustentar acontece. Para isto, passearemos através de três facetas ou movimentos que este fenômeno pode compor: o tempo, o lugar e o entreolhar.

A sustentação e o tempo

Sustentar outro ser humano no tempo diz respeito a uma qualidade de vínculo que toma a experiência inter-humana como narrativa e não como informação. O viver autêntico é marcado por uma temporalidade que não obedece sempre a uma organização cronológica ditada pelos calendários e relógios, mas por um ritmo que demanda sincronia com o outro para que o encontro seja suficientemente bom, isto é, seja vivido como algo satisfatório, vital e pleno de sentido.

Desta maneira, a sustentação no tempo tem íntima relação com a experiência mencionada anteriormente da espátula apresentada por Winnicott (1941) aos bebês durante a consulta pediátrica. A possibilidade de viver uma experiência completa que contemple hesitação, fruição e desapego é favorecedora da constituição e do movimento dialético da integração de aspectos do *self*, acontecendo quando a pessoa pode vir a ser sustentada no tempo.

Peter Handke (2007), escritor inglês de romances e roteiros para cinema¹⁷, apresentou recentemente sua versão da história de Don Juan, o famoso sedutor e conquistador espanhol. Nesta sensível ficção, Don Juan tem a oportunidade de revelar ele próprio sua história para aquele que vem a ser o narrador do romance, dono de uma pequena estalagem onde o protagonista permanece por uma semana. Descobrimos, assim, um Don Juan em sua humanidade, pessoa que, após ter perdido alguém importante que não chegamos a saber quem é, torna-se sofredor de uma patologia carregada de obsessividade, denominada “doença do tempo”: ele não consegue parar de contar ou enumerar as cidades por onde passou, as pessoas com quem cruzou, as cadeiras do recinto, as árvores do trajeto... Nestes momentos, as pessoas perdem suas feições aos olhos de

¹⁷ Para aqueles que tiverem curiosidade, um de seus roteiros mais famosos, transformado em filme por Wim Wenders, é o “Asas do Desejo”.

Don Juan, que vive de maneira mecânica, automatizada, enumerando os elementos que compõem cada situação sem conseguir transformá-la em experiência. O personagem adota um viver caracterizado pelo narrador como genérico e sem sentido.

Podemos compreender que Don Juan é lançado para fora do jogo do tempo como experiência que abarca hesitação, fruição e desapego, sendo engolido pelo tempo da urgência, do mero sobreviver, no qual medir e enumerar são tentativas de agarrar-se ao mundo que escapa como informações retalhadas. Don Juan vive sem perceber, sem sentir-se, sem a possibilidade de estar vivo e presente em suas viagens. Este adoecimento só é revertido nos momentos em que, nos braços de uma mulher, nosso desamparado personagem sente-se protegido, acolhido e olhado autenticamente. Estar com alguém que compartilha sua intimidade, enxergando-o no momento presente com disponibilidade e abertura para um vir a ser interrompe a contagem e permite a presença viva e real de Don Juan. Tal experiência é também alcançada no momento da narrativa de suas viagens para o dono da estalagem, ouvinte atento e disponível para estar com ele para além das horas e dos dias do relógio. O narrador recebe a narrativa como algo maior que seus dados ou informações, muitas vezes incoerentes no relato, para gestar com ele uma

pessoa que só pode se sentir viva no presente quando ouvida/vista por alguém que não tem pressa para formular conclusões, abrindo-se para receber passado, presente e possibilidades de futuro, compartilhando vivamente uma experiência de encontro sustentado.

Sustentar na clínica implica em convidar o paciente para viver o tempo da experiência, abrindo-se sem pressa ou urgência para uma narrativa verbal e corporal ancorada na transferência. Deixar de lado a enumeração de informações ou a coleta de dados sobre o outro a fim de tirar conclusões intelectuais é fundamental para que a experiência de sustentação e cuidado possa acontecer verdadeiramente, favorecendo que, a partir da espera e da confiança do analista no potencial criativo do paciente, o passado, o presente e o vir a ser daquela pessoa possam entrar em movimento integrador, em direção a uma experiência de si como continuidade de ser. Quando sustentados no tempo, podemos viver na transferência experiências completas de hesitação, fruição e desapego, além de, gradativamente, afastarmo-nos de um olhar dissociado que busca medir, contar, enumerar informações sobre si mesmo a serem entregues e não narradas ao outro.

A sustentação e o lugar

A sustentação tem também uma faceta que pode ser discutida a partir da perspectiva do lugar. Quem sustenta oferece lugar ao outro através de uma experiência intersubjetiva de hospitalidade e sensibilidade a necessidades singulares.

Em nosso meio, Safra (2006b) chama a atenção para este aspecto fundamental do cuidado humano, discriminando na obra de Winnicott o conceito de *placement*, compreendido como oferta de lugar ao paciente numa dimensão intersubjetiva, fator fundamental para a constituição do homem.

Winnicott (1947;1948) traz artigos ricos para a reflexão sobre a sustentação como oferta de lugar ao apresentar sua experiência na evacuação de crianças londrinas durante a Segunda Guerra Mundial. Winnicott narra o trabalho realizado por equipes de saúde nos alojamentos supervisionados por ele, destacando fenômenos da conduta de crianças e adolescentes que apresentavam tendência anti-social. Muitas vezes, tais crianças e adolescentes foram tratados através da mudança de lugar, pois não tinham encontrado em suas famílias de origem um ambiente sustentador para suas necessidades, vindo a experimentar pela primeira vez um sentido de lar nestes alojamentos. O que era uma medida necessária em tempos de guerra é então analisado

por ele como possibilidade de manejo clínico constituído no oferecer lugar ao paciente, situação que se inicia numa dimensão concreta de local de proteção física onde se pode encontrar alimento, calor e outras condições básicas e concretas para sobrevivência, mas que só se concretiza como experiência sustentadora através do encontro com um outro que ofereça lugar em sua subjetividade, disponibilizando-se para ser amado e odiado, para ser afetado e envolver-se emocional e corporalmente no cuidado. A figura dos cuidadores dos alojamentos de guerra é persistentemente apresentada por Winnicott como pessoas que gostam de crianças e são capazes de envolvimento afetivo, características preferíveis a qualquer habilidade técnica específica. Estes cuidadores são muitas vezes testados e atormentados por condutas anti-sociais das crianças e adolescentes alojados, precisando de uma rede sustentadora de outros cuidadores – o que envolvia Winnicott como supervisor – para permanecerem vivos e reais como presença que se importa com o sofrimento e o destino daqueles que estão sob seus cuidados, seja com doçura, fúria, dúvidas, mas sempre com hospitalidade.

Sob esta perspectiva, a sustentação pode ser compreendida como a possibilidade do analista receber o paciente em sua (do analista) subjetividade, oferecendo a ele um lugar para além das condições

concretas do local do encontro, mas em sua própria vida. Ser afetado, preocupar-se, importar-se, suportar ser amado e odiado pelo outro acolhendo ou tolerando seus gestos apresenta-se como experiência que favorece estados de não-integração e de integração fundamentais para o paciente, que encontra aí uma esperança de ter lugar no outro e experimenta-se como continuidade.

A sustentação como oferecimento de lugar ao outro abarca também a experiência de descanso para o sofrimento através de uma relação humana que favorece e aceita estados não-integrados quando estes se impõem como necessidade naquele momento. É só a partir desta perspectiva que podemos acolher o sono ou o adormecer de um paciente na sessão não como manobra defensiva contra o trabalho analítico, mas como possibilidade de experimentar um estado não-integrado de descanso a partir do encontro de um lugar no outro. Da mesma forma, um paciente que se desvia do assunto que consideramos mais importante para conversar sobre temas aparentemente menos produtivos ou relevantes pode não estar resistindo ao trabalho analítico, como seria entendido numa perspectiva pulsional, mas justamente experimentando a possibilidade de descansar ou viver um estado não-integrado em meio ao sofrimento que está lá e não deixou de ser sentido. Lembro-me de uma

paciente extremamente perturbada que iniciou psicoterapia com cerca de quarenta e cinco anos após diversas tentativas de suicídio e ocorrências policiais devido a agressões a pessoas de seu círculo de convivência. Depois dos primeiros meses, em que narrou episódios bizarros e apresentou-se como pessoa muito incomum, pôde passar à narrativa de seu cotidiano que poderia ser confundida com desvios desnecessários e fúteis dos temas relevantes, mas que se mostraram tentativas de sentir-se viva e real na vida comum. Narrar a última ida ao supermercado ou seu almoço com colegas de trabalho revelaram-se tentativas de encontrar sentido e lugar para si mesma no cotidiano, longe de delegacias e hospitais. O cotidiano, neste caso, funcionava como experiência de descanso quando vivido a partir do encontro de lugar no outro.

Mencarelli (2003) apresenta reflexões importantes dentro desta perspectiva através da realização de oficinas psicoterapêuticas de confecção de velas ornamentais com pacientes soropositivos. Neste enquadre psicanalítico diferenciado, pacientes tomados por contínua e intensa aflição encontram a possibilidade de descanso do sofrimento inevitável através da participação nas oficinas e do encontro de um lugar no analista e no grupo, conseguindo, a partir disto, permanecer mais inteiros em sua dor.

Sentir-se sustentado a partir da experiência de ter lugar no outro é, então, aspecto fundamental para que uma pessoa possa sentir-se real e viva, encontrando uma continuidade em meio às instabilidades e paradoxos próprios da condição humana.

A sustentação e o entreolhar

A delicadeza e importância da sustentação quando acontece no entreolhar reside na possibilidade de criação de um mundo repleto de sentido numa experiência de encontro vivo com o outro.

O bebê descrito há pouco em sua brincadeira de girar o cata-vento pode ser compreendido como pessoa que se deixou flagrar na criação do mundo, concebida como consequência do fenômeno de ilusão proposto por Winnicott quando há uma maternagem suficientemente-boa, que apresenta o mundo em pequenas doses. O bebê realiza o gesto que o surpreende com a beleza de algo, efeito estético que não estava lá até

então, mas, de alguma maneira, era buscado pelo bebê. É possível observar nesta cena particularidades que vão além da gratificação obtida pela criança com o movimento e a beleza do brinquedo, pois o entreolhar vivido com a mãe parece ser a chave de uma comunicação não necessariamente reconhecida como tal e que contém o compartilhamento de um fundamento básico humano: querer criar vida. Neste entreolhar, centenas de sentidos podem ser concebidos, desde o bebê sentir-se o grande girador de cata-ventos, passando pela sensação/ilusão de dar vida a algo que anteriormente estava inerte, até a experiência das raízes do compartilhar a vida. Não podemos deixar de lado o bebê ter visto inúmeras vezes a mãe girar o cata-vento para diverti-lo, convite que motiva suas tentativas. Este contexto sugere a possibilidade de imaginarmos que, no entreolhar destas duas pessoas, o paradoxo de serem iguais e diferentes, de serem a mesma pessoa ou seres diferenciados girou como o cata-vento. O bebê pôde criar o mundo assim como testemunhou sua mãe fazer. No entreolhar, há a alegria compartilhada pela evidência de sua capacidade, mas há também a concepção de algo além: haveria o início de um sentido não-pensado a partir do qual o bebê sente que criou o mundo naquele instante, mas alegra-se por conceber que sua mãe pode tê-lo criado também quando foi

a vez dela. Deparamo-nos neste entreolhar com o paradoxo da surpresa, da descoberta de algo que já estava lá e foi criado/encontrado, mas que pode também já ter sido criado e encontrado por outro antes de mim.

Percebo que a singularidade deste fenômeno do entreolhar adquire grande visibilidade nas psicoterapias de grupo quando o paciente tem na grupalidade um elemento sustentador. É interessante notar o contentamento de um paciente que compartilha com os outros, no grupo, a criação ou a descoberta de um sentido particular para algum posicionamento próprio. A alegria do paciente, porém, intensifica-se quando experimenta através do entreolhar a sensação de que outros antes dele já puderam conceber sentidos semelhantes dentro de suas próprias vidas. O grupo torna-se momentaneamente o lar dos giradores de cata-vento numa experiência sustentadora da continuidade de ser entre outros seres.

Winnicott (1969b) estabelece o conceito de mutualidade como capacidade de colocar-se em sintonia e empatia com o outro, remetendo suas raízes a experiências primitivas de comunicação não-verbal entre mãe e bebê. Não chega a organizar este fenômeno propriamente como intervenção clínica, embora reconheça sua importância como experiência constitutiva do *self*.

A sustentação como entreolhar pode aparentar-se com a experiência de mutualidade descrita por Winnicott enquanto comunicação sintônica e não-verbal que gera compreensão entre pessoas. Entretanto, ganha outra tonalidade ao colocar como um de seus elementos fundamentais o conceber, pelo bebê, de uma experiência alheia a si que contextualiza seu próprio gesto criador no mundo humano. É interessante notar que, nos relatos de observação de bebês sendo amamentados, chama a atenção de Winnicott (1969b) o fato de alguns bebês introduzirem o dedo na boca da mãe enquanto sugam seu mamilo. O próprio Winnicott lança a idéia de que o bebê parece conceber que a mãe também sabe ser alimentada, mas não aprofunda tal idéia, concentrando-se na mutualidade como experiência inicial primitiva circunscrita ao período inicial da vida.

Sustentar ganha uma visibilidade particular quando colocada sob o matiz do entreolhar, lançando luz ao paradoxo como condição essencial da existência humana. As experiências fusionais próprias de um momento primitivo do desenvolvimento humano não são superadas no sentido de serem deixadas completamente para trás após uma certa idade ou maturação, assim como a diferenciação não é qualidade possuída e assegurada a partir de sua aquisição. O paradoxo de nos sentirmos

dependentes e autônomos, unidos e separados, pequenos e grandes, pulsa em constante movimento na vida humana e seu fluir lança-nos numa relação sem palavras e repleta de sentido emocional com outros homens. O entreolhar remete ao pertencimento a uma coletividade que vai muito além de si mesmo e oferece o conforto de podermos ser nós mesmos e estar com outros numa compreensão que é vivida como encontro de sensibilidades. O entreolhar dá contornos à experiência de paradoxo humana, inserindo-a num movimento de aceitação e sentido numa relação sustentadora.

SONHOS DE UM TAMBORIM

Tamborim procurou espontaneamente atendimento psicológico em função de aparentes crises de pânico. Tomava regularmente a medicação prescrita pelo médico, o que parecia aliviar os sintomas mais incômodos como a taquicardia e a sudorese excessiva. Porém, uma de suas primeiras comunicações seria a acompanhante permanente durante nosso trajeto:

— Eu sinto muita angústia, não consigo mais suportar.

Tamborim tinha cerca de 45 anos e trabalhava com computadores, o que o mantinha sempre muito tenso e agitado. Era viúvo há vários anos e tinha duas filhas que moravam com sua irmã solteira. A tia sempre fora muito querida pelas meninas, o que parecia deixá-lo aliviado e também liberá-lo para mergulhar em seu trabalho com prioridade e urgência.

— O que você sente, Tamborim?

Minhas intervenções iniciais são quase sempre perguntas, na tentativa de compreender o mundo daquele homem que se apresenta com o rosto transfigurado de tensão. Muito lúcido e habilidoso com as palavras, Tamborim vai logo ao assunto:

— Doutora, não estou aqui para enrolar, mas para resolver. Sou o que as pessoas chamam de pedófilo. Não suporto mais esta situação e preciso que a senhora tire isto de mim.

Instantaneamente, meus primeiros movimentos de disponibilidade e empatia parecem escorrer por um ralo invisível. Minha voz é outra quando pergunto o que ele faz.

Tamborim fala que, há alguns anos, freqüenta sites de meninas nuas na internet e tem prazer com isto, porém cada episódio destes é seguido por uma intensa angústia e vergonha de si mesmo. Teria descoberto sua tendência quando jovem, ainda na faculdade, folheando com colegas revistas de pornografia. Notara que ficava excitado ao olhar mulheres muito jovens ou que se vestissem como colegiais, procurando cada vez mais freqüentemente materiais que mostrassem garotinhas novas e nuas pelas bancas no centro da cidade. Já viajara em busca de prostituição infantil, sentindo enorme aversão por si mesmo após negociar com meninas pobres por um instante de prazer sexual. Enfatiza que pagava até dez vezes

mais o preço por elas pedido, tamanha a vergonha e culpa que sentia por sua perversão, como ele próprio nomeava.¹⁸

Enquanto ouvia sua narrativa, eu pensava insistentemente em questões legais sobre meu dever de denunciá-lo. Tentei explicar-lhe que, infelizmente, não conhecia qualquer fórmula mágica para acabar com aquela situação, mas tínhamos que encontrar meios de impedi-lo, já que o que me contava era muito grave. Resolvo ir direto ao assunto também e falo sobre a notificação a órgãos competentes como uma maneira de dificultar a realização de suas fantasias e o comprometimento da integridade de outras crianças.

Tamborim concorda comigo e, para meu espanto, apresenta documentos comprovando estar sob investigação judicial. Ele próprio pedira a uma amiga que fizesse uma denúncia junto ao conselho tutelar e, desde então, perdera a guarda das filhas e comparecia regularmente a um juiz para prestar contas de seu paradeiro. Fora obrigado a procurar auxílio psiquiátrico e, desde então, mantinha-se afastado de crianças.

— E suas filhas, Tamborim?

— Não sei ao certo — responde ele. — Procuvo encontrá-las o menos possível. Elas não sabem de nada e merecem um pai melhor. Eu preciso que você tire isto de mim, não suporto mais ser quem sou.

Tamborim não precisava dizer muito mais para que eu acreditasse que a situação estava insuportável para ele. Quando pergunto sobre sua esposa, ele sorri um pouco constrangido, explicando que ela fora uma grande amiga. Apaixonara-se por ele ainda na escola e ele se casara porque achou que seria melhor assim. Ela morrera há alguns anos, em um acidente automobilístico.

Tamborim parecia ter dedicado as duas últimas décadas à tentativa de impedir seu desejo por meninas jovens demais. Digo a ele que as pessoas costumam não conseguir controlar o que desejam e pensam, mas podem decidir o que fazer com isto. Eu percebia seu esforço para impedir qualquer ação abusiva e acreditava que isto era muito importante. Ele parece um pouco aliviado com este comentário, mas pergunta rapidamente o que deveria fazer para conseguir controlar o desejo.

Senti-me acuada diante das perspectivas que tínhamos pela frente, pois não queria iludi-lo com possibilidades mágicas e imediatas de solução

¹⁸ *Gostaria de esclarecer que o próprio Tamborim utilizou a denominação pedofilia para nomear seus atos de abuso sexual infantil. O fato de poder oferecer-lhe, clinicamente, sustentação não me eximiria de denunciar seus atos gravíssimos caso ele mesmo já não o tivesse feito. Seu intenso sofrimento não o livra de responder pelo crime cometido contra crianças."*

para sua enorme angústia. Ao mesmo tempo, sentia que, se não fosse cuidadosa, poderia abalar seriamente sua esperança e, talvez, sua vontade de viver.

— O que você sonha para sua vida, Tamborim?

Ele fica silencioso e a tensão parece suavizar-se um pouco em seu semblante. Para minha surpresa, Tamborim compreende minha pergunta em uma direção diferente da que eu propunha. Minha intenção inicial fora lançar-nos em um campo de desejos para o futuro, saber sobre seus anseios para além daquela situação desesperadora em que se encontrava e para a qual me convidava a entrar também. Mas Tamborim parece escutar a palavra sonhar e ir por um outro caminho:

— Às vezes, sonho que minha esposa está viva. Nós vivemos em uma casa parecida com um cassino e não temos as meninas. Recebemos amigos para jantar e ela sorri para mim do outro lado da mesa. Isso é importante?

Era muito importante... E continuaria sendo assim por tantas outras sessões. A cada novo encontro, mergulhamos nos sonhos de Tamborim e, neles, temos a oportunidade de rir de situações inusitadas, surpreendermos com o aparecimento de pessoas bizarras ou inesperadas, conversar sobre suas impressões tendo tais relatos como um primeiro rabisco.¹⁹ A angústia em relação a seu desejo por meninas aparecia de tempos em tempos, também participante do mundo dos sonhos. Mas, curiosamente, parece menos avassaladora enquanto ele narra o que acontecia por trás de seus olhos fechados.

A partir dos sonhos, Tamborim me conta que seu pai pertencia ao alto escalão do exército, sendo uma figura temida e ansiada por ele desde pequeno. O pai o visitava com frequência de noite, em seus sonhos, e o sentimento de Tamborim adormecido era o mesmo do menino franzino que misturava euforia e medo diante do gigante fardado que surgia na porta de sua casa ao anoitecer. Ao falar sobre o aparecimento de seu pai nos sonhos, Tamborim descobre que queria experimentar aquela farda e sentir-se, ele também, um gigante poderoso. Acha que foi só por isto que aceitou tornar-se pai.

Quando digo a ele que aquele jovem menino ainda estava ali em algum lugar, Tamborim se surpreende com seu próprio pensamento e o

¹⁹ Faço alusão ao *Jogo de Rabisco* proposto por Winnicott durante o atendimento de algumas crianças em consultas terapêuticas. Neste procedimento, Winnicott fazia um rabisco que era então transformado pela criança em alguma figura; em seguida, a criança fazia um rabisco para que Winnicott desse a ele um sentido figurativo e assim a brincadeira seguia até que os participantes se cansassem dela. Importantes comunicações e transformações aconteciam através deste jogo, que se dava longe das explicações intelectualizadas ou representativas.

compartilha comigo: um menino jovem sente atração por meninas jovens. Não posso deixar de concordar com ele...

Certo dia, Tamborim fala de um pesadelo recorrente que tem desde a adolescência:

– Estou andando por uma rua cheia de casas sem portas nem janelas. De repente, a terra se abre e caio por uma fenda interminável até chegar a uma sala sombria e cheia de espelhos. As imagens dos espelhos são deformadas e falam comigo todas ao mesmo tempo, de modo ameaçador. Um reflexo enrugado e escuro diz repetidas vezes “eu sou o destino, eu sou o seu destino”. Uma outra imagem viscosa e ensanguentada revela “eu sou o aborto, eu sou o seu aborto”. Quando tenta fugir do sonho, Tamborim se depara com outro reflexo que o acusa tendo luz no lugar do rosto “eu sou o câncer, eu sou o seu câncer”. Tamborim lembra de várias outras imagens que refletem também o medo, a vergonha e as fezes.

O relato do pesadelo é muito angustiante, mas Tamborim parece aliviado ao narrá-lo. Compreende que vê aspectos insuportáveis de si mesmo nos espelhos, sentindo culpa e nojo. Pergunto:

– Os espelhos não mostram nenhum sonhador?

Ele sorri, compartilhando minha intenção:

– Não, Clarissa, os espelhos são implacáveis.

– Então eles não mostram o sonhador que também é você, ou o pai que se afastou das filhas para protegê-las de si próprio, ou o homem que quer ser uma pessoa diferente do que é hoje?

Tamborim, batendo os dedos com insistência sobre o tampo da mesa e, rangendo os dentes, se emociona:

– Você não imagina o quanto me faz bem você me chamar de sonhador – revela-me – Parece que me torno merecedor de uma atenção que não olha para o que é feio e bizarro.

Depois do dia em que Tamborim me conta seu pior pesadelo, encontro com ele apenas mais duas vezes. Ele não comparece mais às sessões e também não entra em contato comigo. Decido telefonar para sua casa após a terceira falta consecutiva, mas ninguém responde. Quando telefono para seu local de trabalho, uma secretária constrangida me informa que Tamborim tinha falecido após um ataque cardíaco fulminante. Já chegara morto ao hospital.

Até hoje, não sei ao certo o que senti ao receber esta notícia. Uma parte de mim ficou triste por Tamborim ter vivido com tanta angústia e perturbação. Outra parte compreende que a aniquilação de seu desejo, de sua culpa e de seu corpo talvez tenha lhe trazido descanso. Se ele tiver deslizado através de uma fenda na terra, espero que tenha caído nos braços do sonhador.

VI- EM DIREÇÃO À MELODIA

Podéria ter acontecido.

Teve que acontecer.

Aconteceu antes. Depois. Mais perto. Mais longe.

Aconteceu, mas não com você.

Você foi salvo pois foi o primeiro.

Você foi salvo pois foi o último.

Porque estava sozinho. Com outros. Na direita. Na esquerda.

Porque chovia. Por causa da sombra.

Por causa do sol.

Você teve sorte, havia uma floresta.

Você teve sorte, não havia árvores.

Você teve sorte, um trilho, um gancho, uma trave, um freio,

Um batente, uma curva, um milímetro, um instante.

Você teve sorte, o camelo passou pelo olho da agulha.

Em consequência, porque, no entanto, porém.

O que teria acontecido se uma mão, um pé,

a um passo, por um fio.

de uma coincidência.

*Então você está aí? A salvo, por enquanto, das tormentas em
curso?*

Um só buraco na rede e você escapou?

Fiquei mudo de surpresa.

Escuta como seu coração dispara em mim.

Wisława Szymborska

Escolhi este poema para abrir o capítulo final deste trabalho por acreditar que ele apresenta de maneira sensível e precisa o que é exigido do psicanalista que se propõe olhar para o sofrimento humano a partir de uma perspectiva relacional. Assumir um modelo psicopatológico relacional traz diferentes implicações para o psicanalista, tanto no âmbito do manejo clínico como de seu posicionamento existencial. Primeiramente, encontramos uma estreita sintonia entre este modelo psicopatológico e uma clínica pautada no cuidado com a continuidade de ser. Neste sentido, temos uma compreensão do sofrimento humano que já se configura intervenção, uma vez que este olhar ilumina condições concretas do homem e envolve as potencialidades existenciais do próprio analista na condição de seus pacientes. As concepções psicopatológicas direcionam o olhar do terapeuta como instrumento interventivo, visto que este busca conhecer o paciente para além de dados ou informações, admitindo que o estabelecimento de um ambiente sustentador é fundamental para compreendermos como alguém se posiciona existencialmente, sua maneira pessoal de vincular-se e sentir-se acolhido. Não tomar o adoecimento como consequência de uma estruturação fixa e dinamismo pulsional internos do paciente coloca a compreensão psicopatológica como intervenção clínica, uma vez que o posicionamento do analista e o enquadre do encontro estarão diretamente implicados neste olhar, afetando e sendo afetados pela relação estabelecida naquele contexto.

Chauí (1988), amparada no campo da filosofia fenomenológica, tece reflexões a respeito da estreita ligação humana entre o olhar e o conhecer, explicitando o olhar como ação que vai muito além do enxergar uma imagem com os olhos, para alcançar o significado de uma disponibilidade para perceber um fenômeno em determinada direção ou a partir de perspectiva pessoal:

O olhar de um espírito desencarnado só pode conhecer sob a condição expressa de não ver. Ver, assim como tocar ou mover-se, não é uma decisão do espírito, não nasce do eu penso, enunciado pela coisa que pensa, mas origina-se do corpo como um sensível que, silenciosamente, diz eu posso. A visão se faz no meio das coisas e não de fora delas. (p.59)

Compreendemos, desta maneira, o olhar como disponibilidade para perceber ou conhecer a partir de um encontro de sensibilidades e não como produto de decisão intelectual dissociada do analista, com sua história, escolhas, possibilidades e limitações. O olhar psicopatológico é interventivo porque cria e é criado no vínculo estabelecido, não aceitando passivamente a apresentação do fenômeno. O olhar psicopatológico relacional faz-se ação terapêutica na medida em que se constitui como disponibilidade para ser afetado e implicar-se, tomando parte na compreensão e transformação do sofrimento ou do adoecer do paciente.

Paralelamente a esta questão, uma compreensão vincular das condições da existência humana apresenta a necessidade de aprofundar o que tomamos por dissociação, fenômeno que traz, em maior ou menor grau, a sensação de não ser vivo e real, de descontinuidade de ser ou interrupção existencial.

Chalier (1993) escreve cuidadosa apresentação das idéias do filósofo Emmanuel Levinás, o qual dedicou estudos aprofundados acerca da ética nas relações humanas. Em sua obra, deparamo-nos com princípios fundamentais sobre o viver e os vínculos humanos que podem ser traduzidos no conceito de rosto:

O rosto do homem excede toda descrição possível, aquele que julga aproximar-se dele acumulando os detalhes – cor dos olhos, forma do nariz e da boca, traços expressivos, etc – não alcançaria senão uma imagem estranha ao rosto. A precisão desta percepção atesta, com efeito, talvez qualidades de atenção do seu autor, mas prova também que ele ignora radicalmente o significado do rosto. Porque perceber um rosto vive-se como uma comoção que não dá tempo de o olhar, do mesmo modo com que contemplamos uma imagem, um quadro ou ainda uma paisagem, exceto evidentemente se o des-rostizarmos e, assim, o destruímos como tal, recusando-nos a encará-lo. (p.112)

Nesta passagem, destaca-se um aspecto essencial que diz respeito à singularidade e alteridade absolutas do homem, algo que se evidencia, porém não se permite fixar. Desta maneira, cada rosto ou cada homem traz em si um paradigma que não pode ser repetido ou ser apropriado inteiramente, permanecendo evidente até um certo ponto. Penso que esta idéia é uma chave para buscarmos compreender o sofrimento de não se sentir vivo e real, decorrente das defesas dissociativas. Não é possível apreendermos a dissociação através de regras gerais ou de um caminho classificatório, pois a principal característica deste fenômeno, sob uma perspectiva psicopatológica relacional, é o de configurar-se paradigma único, pertencente à singularidade de cada homem visto em suas vinculações. Distanciaríamos-nos do fenômeno humano se partíssemos em busca de tipos de dissociação desligados da personalidade em que se dá, das condições concretas em que acontece, da malha vincular em que está inserida. Tomando-se o homem como rosto, o sofrimento e a possibilidade de adoecer fazem parte de sua feição, constituindo-se como traços únicos. Compreender de que maneira a dissociação se dá em alguém exige perguntarmos o que impediria esta pessoa de girar o cata-vento de seu viver, mas tal pergunta e as possibilidades de resposta para ela não se dão de maneira puramente mental, só podendo ganhar sentidos verdadeiros a partir da experiência viva no vínculo.

Além das implicações do modelo psicopatológico relacional para o manejo clínico, não poderíamos nos furtar de refletir sobre suas conseqüências para o viver do próprio analista. Talvez a transformação mais radical exigida por este olhar seja a necessidade de abandonar as defesas para entrar em contato com a dor em seu registro existencial. O modelo de pensamento relacional demanda do analista a aceitação do convite para suspender suas racionalizações, suas dissociações e ser afetado em seu ser pelo outro. Esta abertura pode vir a trazer comoção, raiva, preocupação, dor, sem que tenhamos garantias sobre os contornos que tais sentimentos ganharão em nós ou se ultrapassaremos os limites daquilo que seria considerado suportável. Compreender o sofrimento do outro ou seu adoecimento toca necessariamente no sofrer do analista e esta experiência não tem volta. Uma vez aberto para a dor do outro e de si mesmo, o analista torna-se morada de muitas existências, o que afeta impreterivelmente sua própria sensação de estar e ser vivo e real. Quando estou disponível para conceber a dor do outro, posso encontrar uma condição de vulnerabilidade humana que não é privilégio apenas daqueles que procuram auxílio psicanalítico. Como bem diz o poema, compreender o sofrimento humano é aceitar que um outro coração dispare em mim.

Concluimos, através desta investigação, que a teoria winnicottiana exige um modelo psicopatológico estrutural-relacional quando concebida

como inspiração de uma clínica do cuidado à continuidade de ser. Nosso trabalho terminou por produzir dois escritos que podem ser ouvidos como instrumentos de uma mesma composição. Sabemos que a música vai sempre além da soma de execuções de cada instrumentista, acontecendo através de uma articulação ou integração sensível na escuta daqueles que se propõem a criá-la e encontrá-la. O que apresento aqui é a minha escuta, que não tem a intenção de substituir ou colocar-se acima do gesto espontâneo que constituirá a escuta do leitor. Em minha compreensão, o uso de uma psicopatologia estrutural-pulsional não é coerente com a clínica aqui apresentada, nem com os fundamentos da psicanálise winnicottiana. Tal combinação produz sonoridade incômoda, lancinante e aterrorizante por incorrer em desumanização. Pude escutar um encontro harmonioso entre a clínica de sustentação à continuidade de ser e o olhar relacional para o sofrimento, ainda que tal proposta exija de nós a disponibilidade de reverberar com aflições que não são apenas do outro. Estas dores pertencem sempre ao humano, ressoando em nosso próprio ser que, para cuidar, necessita transformar-se, mesmo que por alguns instantes, na pele do mundo, na morada de muitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, K.(1924) *Contribuciones a la teoria de la libido*.Buenos Aires: Horne, 1973.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (1999). O uso do objeto teoria. In: _____. *Ser e Fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida: Idéias e Letras, 2004. p. 185-203.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2003a). Da questão do método à busca do rigor: a abordagem clínica e a produção de conhecimento na pesquisa psicanalítica. In: _____. *Ser e Fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida: Idéias e letras, 2004. p. 119-128.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (2003b). Ser e Fazer: Interpretação e intervenção na clínica winnicottiana. In: _____. *Ser e Fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida: Idéias e Letras, 2004. p. 23-58.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J; MACHADO, M.C.; AMBRÓSIO, F.F. (2003). A alma, o olho e a mão: estratégias metodológicas de pesquisa na psicologia clínica social winnicottiana. In: _____. *Ser e Fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida: Idéias e letras, 2004. p. 89-102.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2006a). A ética na pesquisa em debate no Brasil: reflexões sobre a pesquisa psicanalítica na universidade. In: AIELLO-VAISBERG, T.M.J.; AMBRÓSIO, F.F. (org.) *Cadernos Ser e Fazer: imaginários coletivos como mundos transicionais*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2006, p.9-20.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. A psicopatologia como teoria do sofrimento humano no pensamento de D.W. Winnicott. In MOTTA, I.F. (org) *Psicanálise no século XXI: as conferências brasileiras de Robert Rodman*. Aparecida: Idéias e Letras, 2006b. P.265-284.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. O ser e o fazer na clínica ampliada e a radicalidade psicopatológica do pensamento de D.W.Winnicott. In CALDERONI, D. (org) *Psicopatologia: clínicas de hoje*. São Paulo: Via Lettera, 2006c. P.109-120.

AMATUZZI, M. M. *Por uma psicologia humana*. Campinas: Editora Alinea, 2001. 137p.

AMBRÓSIO, F.F. *Ser e fazer – arte de papel: uma oficina inclusiva*. 2005. 179f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. 4e. Washigton DC: 1994, 2v.

BAUMANN, Z. *Vida líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007. 210p.

BENJAMIN, W. (1936). O narrador. Considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: _____. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 197-221.

BERGERET, J. *Personalidade normal e patológica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. 291p.

BERLINCK, M.T. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000, 416p.

BIRMAN, J. *Mau estar na atualidade*. São Paulo: Civilização brasileira, 2003, 304p.

BLEGER, J. *Psicologia da conduta*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 244p.

BOLLAS, C. *A sombra do objeto: psicanálise do conhecido não-pensado*. Rio de Janeiro: Imago, 1992. 360p.

BOSI, A. *Machado de Assis: o enigma do olhar*. São Paulo: Editora Ática, 2003. 229p.

CAMPS, C.I.C.M. *A hora do beijo: teatro espontâneo com adolescentes numa perspectiva winnicottiana*. 2003. 132f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CALDERONI, D. Clínicas em diálogo. In _____ (org) *Psicopatologia: clínicas de hoje*. São Paulo: Via Lettera, 2006. p.7-14.

CECARELLI, P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. In *Psicologia em Estudo*. Maringá, v.10, n.3, 2005.

CHALIER, C. *Lévinas: a utopia do humano*. Lisboa: Instituto Piaget, 1993, 185p.

CHAUÍ, M. Janela da alma, espelho do mundo. In NOVAES, A. *O Olhar*. São Paulo: Companhia das Letras, 1988, p.31-64.

DIAS, E.O. *A teoria do amadurecimento de D.W.Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003, 339p.

FAIRBAIRN, W.R. (1941) Uma revisão da psicopatologia das psicoses e neuroses. In *Estudos psicanalíticos da personalidade*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980, p.23-46.

FERREIRA, J.C. Encontrando a mulher: a psicanálise do self na abordagem de um singular plural. 2004. 121f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

FREUD, S. (1896) Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. In _____ *Obras completas*. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1988. p.159-186.

FREUD, S. (1917) Algumas idéias sobre desenvolvimento e regressão – etiologia. In _____ *Obras completas*. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1988. p.397-417.

FREUD, S. (1923) Neurose e psicose. In _____ *Obras completas*. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1988. p.165-174.

FREUD, S. (1924) A perda da realidade na neurose e na psicose. In _____ *Obras completas*. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1988. p.203-212.

FREUD, S. (1931) Tipos libidinais. In _____ *Obras completas*. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1988. p.225-230.

GIDDENS, A. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 2002. 231p.

GIORGI, S. *Um lugar a partir do qual olhar: viagem através da dependência*. 2003. 161 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GRANATO, T.M.M. Encontros terapêuticos com gestantes à luz da preocupação materna primária. 2000. 106f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

GRANATO, T.M.M. *Tecendo a clínica winnicottiana da maternidade em narrativas psicanalíticas*. 2004. 266f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

GREENBERG, J.R.; MITCHELL, S.A. *Relações objetais na teoria psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 328p.

GRILLIATT, D. L'ambivalence comme paradigme de la difference structurale entre schizophrénie et névrose. In *Bulletin de Psychologie*, tome 51 (2), 434, mars-avril 1998, p.173-179.

HANDKE, P. *Don Juan, narrado por ele mesmo*. São Paulo: editora Estação Liberdade, 2007, 144p.

HERRMANN, F. (1979). *Andaimos do real: o método da psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 328p.

HERRMANN, F. *Clínica psicanalítica: a arte da interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 207p.

HERRMANN, F. Pesquisando com o método psicanalítico. In HERRMANN, F.; LOWENKRON, T. (orgs) *Pesquisando com o método psicanalítico nas universidades*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.43-84.

IRIBARRY, I.N. O diagnóstico transdisciplinar em psicopatologia. In *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, ano VI, n.1, março de 2003, p.53-74.

JOBIM, A.C. *Águas de Março*. Rio de Janeiro: 1972. (música)

KRISTEVA, J. *As novas doenças da alma*. Rio de Janeiro: Rocco, 2001, 240p.

LAGACHE, D. (1948;1968) La psychanalyse envisagée comme analyse de la conduite. In *La Folle Du Logis: La psychanalyse comme science exacte*. VOL VI, Paris, Presses Universitaires de France, 1986, p. 287-306.

LAING, R.D. *The divided self*. London: Penguin Books, 1990. 218p.

LOPARIC, Z. Winnicott: uma psicanálise não-edipiana. In *Revista Percurso*, 1996, 17-2. Documento da web disponível em www.uol.com.br/percurso. Acessado em 2 de julho de 2007.

LOPEZ, M.A. Teoria e prática clínica. In *Interações*, vol. IV, n.7, 1999, p.9-18.

LOWENKRON, A.M. Sobre a clínica psicanalítica na atualidade: novos sintomas ou novas patologias? In *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol.37 (4), 2003, p.993-1008.

MENCARELLI, V. L. *Em defesa de uma clínica psicanalítica não-convencional: oficina de velas ornamentais com pacientes soropositivos*. 2003. 101 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

MERLEAU-PONTY, M. (1945) *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 662p.

MICELLI-BAPTISTA, A. *Consulta psicoprofilática ao residente de medicina: proposta de um enquadre diferenciado à luz da perspectiva winnicottiana*. 2003. 99f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

MITCHELL, S.A. *Relational concepts in psychoanalysis: na integration*. Cambridge: Harvard University Press, 1988.

MOREIRA, V. *O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia*. In *Psicologia: reflexão e crítica*, 2004, 17(3), p.447-456.

MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006. 120p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 3ed. São Paulo: EDUSP, 1996.

POLITZER, G. (1928). *Crítica aos fundamentos da psicologia*. Piracicaba: UNIMEP, 1998. 194p.

ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000, 164p.

SAFRA, G. *A pó-ética na clínica contemporânea*. Aparecida: Idéias e Letras, 2004. 160p.

SAFRA, G. *Situação clínica e mal estar contemporâneo: da técnica à ética*. São Paulo: Edições Sobornost, 2006a. DVD

SAFRA, G. *Placement: a importância do lugar*. São Paulo: Edições Sobornost, 2006b. DVD

SATO, H.T. *Práticas psicanalíticas em instituição: oficina de arranjos florais*. 2001. 128f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SCHMIDT, M.L.S. Ecletismo e dogmatismo na adesão às teorias psicológicas. In *Interações*, vol. IV, n.7, 1999, p.19-41.

TERÊNCIO, P. Disponível em :www.wikiquote.org/wiki/terencio. Acessado em 10 de julho de 2007.

VITALI, L. M. “*Flor-Rabisco*”: narrativa psicanalítica sobre uma experiência surpreendente. 2004. 189 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004

WINNICOTT, D.W. (1941) Observação de bebês em uma situação estabelecida. In _____ *Textos Seleccionados da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982. p.139-164.

WINNICOTT, D.W. (1945) Desenvolvimento emocional primitivo. In _____ *Textos Seleccionados da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982. p.247-268.

WINNICOTT, D.W. (1947) Residential management as treatment for difficult children. In _____ *Deprivation and Delinquency*. London: Routledge, 1997. p. 54-72.

WINNICOTT, D.W. (1948) Children’s hostels in war and peace. In _____ *Deprivation and Delinquency*. London: Routledge, 1997. p. 73-80.

WINNICOTT, D.W. (1951) Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In _____ *Textos Seleccionados da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982. p.389-408.

WINNICOTT, D.W. (1960) Distorções do ego em termos de verdadeiro e falso-self. In _____ *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p.128-139.

WINNICOTT, D.W. (1962) Os objetivos do tratamento psicanalítico. In _____ *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p.152-155.

WINNICOTT, D.W. (1963a) Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In _____ *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p.207-217.

WINNICOTT, D.W. (1963b) O medo do colapso. In WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org) *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p.70-76.

WINNICOTT, D.W. (1964) Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In _____ *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p.114-127.

WINNICOTT, D.W. (1965a) A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org) *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 94-101.

WINNICOTT, D.W. (1965b) Dissociation revealed in a therapeutic consultation. In _____ *Deprivation and Delinquency*. London: Routledge, 1997. p. 256-282.

WINNICOTT, D.W. (1969a) O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In _____ *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p.121-132.

WINNICOTT, D.W. (1969b) A experiência mãe-bebê de mutualidade. In WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org) *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p.195-202.

WINNICOTT, D.W. (1971) Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil. Rio de Janeiro: Imago, 1984, 427p.

WINNICOTT, D.W. *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. 222p.

