



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**O ambiente de cuidado no manejo de crises psicóticas:
uma leitura winnicottiana**

Hayanna Carvalho Santos Ribeiro da Silva

Orientador Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Brasília
2017



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**O ambiente de cuidado no manejo de crises psicóticas:
uma leitura winnicottiana**

Hayanna Carvalho Santos Ribeiro da Silva

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia como parte dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Doutora em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientador Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Brasília

2017

Hayanna Carvalho Santos Ribeiro da Silva. O ambiente de cuidado no manejo de crises psicóticas: uma leitura winnicottiana. Brasília, 2017.

Tese de doutorado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (PPG-PsiCC/UnB), sob a orientação do Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa.

Banca Examinadora



Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
PPG-PsiCC/UnB, Presidente.



Profa. Dra Sandra Maria Baccara Araújo
Escola de Magistratura Federal da Primeira Região, Membro Titular.



Profa. Dra. Tania Inessa Martins de Resende
Centro Universitário de Brasília, UniCEUB, Membro Titular.



Profa. Dra. Maria Izabel Raso Tafuri
PPG-PsiCC/UnB, Membro Titular.

Profa. Dra. Maria Inês Gandolfo Conceição
PPG-PsiCC/UnB, Membro Suplente.

Dedicado à memória da grande amiga e psicóloga Ivanilde do Patrocínio de Souza Cunha Kriskovic. Sua vida tão solar ilumina o horizonte tenebroso de seu triste fim, ensina que o segredo da vida é que ela nunca acaba.

Apenas começamos.

Agradecimentos

Agradeço o acolhimento e a disponibilidade, teórica e emocional, de meu orientador, Prof. Ileno Izídio da Costa, mestre primeiro nos caminhos da clínica, do sofrimento humano e do fazer ético por excelência, que é o cuidar. A clínica por ele criada no Gipsi, sua compreensão e manejo diferenciado das crises emocionais humanas possibilitam uma mudança radical do modo como abrigamos o sofrimento em nosso fazer clínico e em nossa sociedade. Agimos em liberdade e descobrimos o cuidado, inspirados a buscar contribuir criativamente com uma atenção à saúde mental transformadora.

Agradeço igualmente aos outros membros da banca examinadora: Profa. Maria Izabel Tafuri, pelo convite a uma escrita sobre a clínica a um só tempo sensível, criativa e acadêmica; Profa. Sandra Baccara, inspiração para a clínica do amadurecimento segundo proposta desde Donald Winnicott; Profa. Tania Inessa Martins de Resende, sou feliz em poder contar com a sua disponibilidade e contribuições.

Minha mais feliz gratidão a Cristina Martins Ribeiro, brilhante psicanalista, colega acadêmica e amiga dedicada, pelo cuidado atento às necessidades e aberto à liberdade, pelas contribuições para o percurso do meu pensamento, da clínica e da elaboração deste trabalho. Agradeço também a Yasmim Magalhães, criativa e sensível psicóloga, por sua amizade e pelo grande auxílio com os textos que confiei a ela. O trabalho dessa dupla cria reservas valiosas para a psicologia brasileira.

À Dra. Elisa Walleska Krüger Alves da Costa, amiga querida, pelo acolhimento carinhoso desde os meus primeiros passos na academia, à Dra. Edeilce Buzar e à Profa. Mariana Puchivailo, pelo companheirismo na clínica das crises.

Grazie, Danilo Carboni, meu marido, grande amigo, regaço de aconchego e descanso. Guardare il mondo attraverso i tuoi occhi mi avvicina ai cuori e alla compassione. Ricordami che la passione è il più importante nel nostro lavoro.

Agradeço a meu avô João Batista Araújo dos Santos e minha mãe Jane de Paula Carvalho Santos, pelo incentivo amoroso e por acreditarem na transformação de crise

em oportunidade; gratidão às minhas irmãs Mariana e Júlia Carvalho, ao meu irmão Hugo Carvalho, esse trio de artistas, pela malemolência.

Sou muito grata também aos amigos Bruno Netto Figueiredo, Maria Stella Mei, Rafael Soares, Ana Cristina Guedes, Esteban “Ati” Morales, Julia Blanco, Francesca Sparaventi, Ivan Lorenzetti e tantos outros. *Muchas gracias, grazie tante* por me abrigarem em suas casas, por me ouvirem com atenção e paciência quando eu me tornava “repetitiva” por causa da tese, por compartilharem seus saberes e suas emoções, por brincarem, por darem continuação a meu gesto, sentido aos meus rabiscos. Agradeço pela a poesia que vivemos juntos. Poder crescer nesse amplo ambiente de cuidado, amor e abertura tornou a escrita deste trabalho muito mais leve.

Agradeço igualmente aos membros e clientes do Gipsi, por me ensinarem, nesses oito anos juntos, que cuidar é uma experiência na qual inevitavelmente amadurecemos todos. O cuidado que vivi no grupo, hoje carrego em meu ser.

Agradeço, finalmente, ao financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (CAPES/CNPq), indispensável incentivo aos pesquisadores brasileiros.

Sumário

<i>Dedicatória</i>	<i>i</i>
<i>Agradecimentos</i>	<i>ii</i>
<i>Lista de figuras</i>	<i>vii</i>
<i>Resumo</i>	<i>viii</i>
<i>Abstract</i>	<i>ix</i>
1 Introdução	1
1.1 Percurso pessoal e acadêmico.....	1
1.2 Questões iniciais e problema de pesquisa.....	3
1.3 Tese, objetivos e método.....	16
1.4 Apresentação dos capítulos.....	23
2 Cuidado e crise psíquica grave	26
2.1 Intervenção precoce nas primeiras crises do tipo psicótica: a experiência do Gipsi.....	28
2.2 Acolhimento implicado e espaços de cuidado no Gipsi.....	29
2.3 Psicose e crise do tipo psicótica: elaborações com Winnicott.....	34
2.4 Crise e dependência: criação de ambiente múltiplo de cuidado.....	38
3 Capacidade para o cuidado	43
3.1 Posição depressiva em Klein: amor, culpa e reparação.....	44
3.2 Agressão e culpa em Winnicott: abandono da ideia de instinto de morte.....	48
3.3 Capacidade para se preocupar (<i>concern</i>).....	58
3.4 Preocupação materna primária e cuidado infantil.....	62
3.5 Relações entre preocupação materna primária e <i>concern</i>	68
3.6 Ilusão e área transicional da experiência.....	70

4 Ambiente e metapsicologia do cuidado.....	79
4.1 Matrizes de intersubjetividade e funções do cuidado na presença implicada.....	80
4.1.1 Sustentar e o segurar (<i>holding</i>).....	81
4.1.2 Reconhecer e o papel de espelho.....	84
4.1.3 Interpelar e a oposição.....	86
4.2 Implicação e reserva no ambiente suficientemente bom.....	87
4.3 Mutualidade e comunicação.....	90
5 Psicose e fracasso ambiental.....	93
5.1 Trauma e intrusão (<i>impingement</i>) em Winnicott.....	96
5.2 Agonias primitivas, ansiedades impensáveis e fracasso ambiental.....	99
5.3 Distorções psicóticas do conjunto ambiente-indivíduo.....	106
5.3.1 Predisposição à paranoia e falha do <i>holding</i>	107
5.3.2 Fracasso da ilusão e malogro da área transicional.....	109
5.3.3 Cisão básica da personalidade e falso <i>self</i>	110
5.3.4 Medo do colapso.....	116
5.4 Necessidade de regressão à dependência e crise psicótica.....	118
6 Clínica da psicose.....	121
6.1 O <i>setting</i> como espaço potencial a partir da dependência.....	123
6.2 Sobrevivência do ambiente à precipitação do colapso.....	128
6.3 O ódio na contratransferência.....	135
6.4 Cuidado na promoção da capacidade de se preocupar (<i>concern</i>).....	141
7 O uso do pensamento de Winnicott no manejo de crises psicóticas no Gipsi: algumas contribuições.....	149
7.1 O ambiente suficientemente bom e o manejo das crises psicóticas.....	150

7.2 Preocupação no Gipsi: ambiente múltiplo de cuidado.....	157
7.3 Manejo social analiticamente orientado nas crises psicóticas.....	161
7.4 Cuidado à família nas crises psicóticas.....	166
8 Considerações finais.....	178
9 Referências.....	186

Lista de figuras

Figura 1. Representação gráfica da área transicional da experiência, segundo Winnicott(1952/1982).....	75
Figura 2. Quadro comparativo entre defesa psicótica, agonia primitiva e fracasso ambiental, segundo Winnicott (1963/2005).....	103

Resumo

O presente trabalho é um estudo do pensamento de Winnicott sobre o ambiente na clínica da psicose para contribuir com o cuidado feito pelo Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico. Nossa tese é que o manejo das crises psicóticas inclui o cuidado ao ambiente do indivíduo em crise, que é sua família, pequena unidade social e o próprio serviço de manejo, com os terapeutas trabalhando no caso. Winnicott sugere que as características do cuidado vivido com o ambiente se transformam em atributos psíquicos do indivíduo, como a capacidade de se preocupar e cuidar de si e dos outros. Para o autor, a psicose é uma defesa reativa a um trauma no estágio de dependência absoluta, a uma intrusão ambiental que interrompe a continuidade do ser do indivíduo e o ameaça de aniquilamento. A falha precoce do cuidado “congela” o amadurecimento do indivíduo ao impedir ou dificultar as vivências que permitem o desenvolvimento de capacidades psíquicas como a integração e a capacidade de se preocupar. O indivíduo reage ao trauma constituindo defesas primitivas e a crise está relacionada à insuficiência dessas defesas, o que faz precipitar um colapso e a necessidade de regressão à dependência máxima. O manejo das psicoses é a organização do ambiente para acolher essa dependência, facilitando, através do cuidado, a continuidade das tendências inatas rumo ao reconhecimento de si e dos outros como pessoas totais. O acolhimento à dependência do paciente em crise defronta o terapeuta com modos primitivos de relação, dominados pela realidade subjetiva do paciente e sua destrutividade não preocupada, nos quais a plena consideração pela pessoa total do outro ainda não é uma característica. Por ser inerentemente exaustivo, o manejo tem por tarefa cuidar do ambiente, responsabilizar-se pelo cuidado, sobreviver à crise e experimentar o que era majoritariamente realidade subjetiva em uma área intermediária, transicional, caminho que possibilita a abertura à realidade compartilhada e ao ser com os outros no cuidado.

Palavras-chave: cuidado, manejo, psicose, crise, psicanálise.

Abstract

The present work is a study of Winnicott's writings on environment in the clinic of psychosis, as to contribute to the Group of Early Intervention in the First Crises of the Psychotic Type. Our thesis is that management of psychotic crisis includes care for the environment, which is composed of the patient's family, small social unit and the management service itself, with the therapists working on the case. Winnicott suggests that characteristics of the care provided by the environment become inner psychic attributes of the individual, such as the capacity to concern and to care for oneself and for others. For the author, psychosis is a defensive organization against trauma in the stage of absolute dependence, that is, an environmental intrusion that interrupts the continuity of the individual's being and threatens him of annihilation. An early failure in care "freezes" the individual's maturation insofar as it impedes or hinders experiences that would lead to the development of psychical capacities such as integration and the capacity to concern. The individual reacts to trauma constituting primitive defenses, and the crisis is related to the insufficiency of these defenses, which precipitates a collapse and the necessity of regression to the maximum dependency. Management of psychotic crisis is the organization of a holding environment for dependency, facilitating, this time, the continuity of innate tendencies towards the recognition of self and of others as whole, separated though related persons. Holding the dependency of the individual in psychotic crisis confronts the therapist with primitive modes of relation, dominated by the subjective reality of the patient and his unconcerned destructiveness, where full consideration for the total person of the other is not yet a characteristic. Because it is inherently exhaustive, management has the task of caring for the environment, assuming responsibilities, surviving the crisis, and experiencing what was mostly subjective reality in an intermediate, transitional area, through a path that renders possible a shared reality and a being with others in care.

Key words: care, management, psychosis, crisis, psychoanalysis.

1 Introdução

O presente trabalho busca integrar algumas contribuições da psicanálise, especialmente advindas da teoria do desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott, com o cuidado que fazemos na clínica das crises psíquicas graves no Gipsi, o Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica (Costa, 2013a). Em nossa clínica, fomos mobilizados pelas propostas de Winnicott, notadamente por sua ideia de cuidado à condição de dependência (Winnicott, 1963a/1983), tema do cuidado infantil da clínica da psicose (Winnicott, 1952/1982). O modo como Winnicott pensa a dependência no amadurecimento humano nos confronta com a naturalidade na qual sabemos que o cuidado é indispensável no início de nossas vidas e só depois é que pode ser dado por garantido. O ambiente de cuidado às crises psicóticas, criado a partir do uso do pensamento de Winnicott, pode preparar-se mais detalhadamente para acolher a crise e sobreviver à agressividade inerente a esse fazer clínico.

Apresento, em seguida, o percurso pessoal e acadêmico que me levou a ingressar no Gipsi, através da seleção feita pelo prof. Ileno Izídio da Costa, ambiente no qual as questões desta pesquisa se nos revelaram.

1.1 Percurso pessoal e acadêmico

Uma das minhas primeiras experiências com a clínica foi no estágio realizado no Gipsi, à época da graduação em psicologia. Motivada inicialmente por um interesse quanto ao psicodiagnóstico da psicose, dediquei-me à investigação dos traços de personalidade dos clientes do Gipsi através da aplicação do método de Rorschach, como estagiária auxiliar na pesquisa de mestrado de Elisa Costa (2011) acerca de uma possível constelação de indicadores específicos da população do Gipsi. Posteriormente, dei continuidade a esse estudo na iniciação científica e em minha pesquisa de mestrado (Silva, 2013).

No entanto, os integrantes do Gipsi são sempre convidados, pelo coordenador, a participar mais amplamente da clínica da intervenção precoce às crises psicóticas, para além do diagnóstico. Assim sendo, ao aceitar o convite, eu encontrei a clínica individual

e familiar no contexto do grupo, confrontando-me com o fenômeno do sofrimento psíquico grave (Costa, 2003; 2014) na contínua transformação, feita através da própria experiência clínica, do paradigma de intervenção precoce na psicose.

O grupo possui uma tarefa, que é tanto clínica quanto acadêmica – e política – de questionar técnicas e teorias sobre terapia, família e psicose no próprio acontecer da clínica, desenvolvida de modo criativo e intuitivo por estagiários e profissionais de diversas áreas do conhecimento. Vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, o grupo é formado pelo coordenador, estudantes e profissionais de áreas do cuidado, como a psicologia, a terapia ocupacional, a psiquiatria, a enfermagem, a educação, a antropologia, a filosofia *etc.* A própria natureza imprecisa e paradoxal do cliente atendido no Gipsi nos lança fora de modelos tradicionais de clínica, de teorias e técnicas intervencionistas já prontas, para desenvolver (criar e descobrir) novas perspectivas sobre o encontro com o sofrimento humano (Costa, 2014).

No trabalho com o Gipsi, o encontro com a crise psicótica nos leva ao contato com ideias estranhas, afetos insuportáveis e modos relacionais adoecidos, indícios da necessidade de aceitar receber cuidado. Esse cuidado é constituído pela disponibilidade espontânea dos membros do grupo para reconhecer necessidades e assumir responsabilidades. A disponibilidade dos terapeutas necessita ser nutrida, depende igualmente de cuidado e atenção às possibilidades e limites. Ao buscar cuidar de quem é responsável pelo cuidado, o Gipsi revela-se muito mais do que um dispositivo de intervenção precoce nas crises, mas a criação constante de um espaço de acolhimento, um ambiente físico, geográfico e emocional, feito de pessoas disponíveis e criativas, no qual o cuidado é experimentado na cotidianidade e não como uma experiência excepcional, relacionada à crise ou à “doença”.

Em suma, o cuidado no Gipsi pode ser compreendido também como sensibilidade às múltiplas necessidades emocionais e sociais envolvidas na tarefa de cuidar: do paciente, da família, dos terapeutas, do grupo como agência de cuidado e de outras instituições que são o ambiente do paciente em crise, como sua escola, faculdade, trabalho, hospitais, CAPS, igreja, entre outros. O ambiente de cuidado fomentado pelo Gipsi busca adaptar-se às necessidades, através de processos terapêuticos variados que foram investigados e descritos por pesquisadores membros do grupo com a ajuda das

mais diversas fontes de saber humano, como é o caso da fenomenologia (Costa, 2013b; Mano, 2016), da teoria sistêmica (N. Carvalho & Costa, 2008; Costa, 2003; 2008), da *gestalt*-terapia (L. Carvalho, 2008; M. Oliveira, 2015), da psicanálise (Bessoni, 2008; Ferreira, 2012; Ribeiro, 2014; Souza, 2010; Veiga, 2010) e outras abordagens.

No estudo da psicanálise, mais especificamente sobre o amadurecimento emocional primitivo em Winnicott, compreendemos que ser sensível e adaptável à necessidade do outro na crise é crucial porque estamos falando da dimensão da *dependência*. Sem uma adaptação sensível e ativa à qualidade da dependência máxima, dependência que é inevitável no início da vida humana, o psiquismo não chega a atingir aquilo que é tendência herdada, não chega plenamente ao sentido de ser, a relacionar-se com a realidade, não chega a ser capaz de cuidar ou receber cuidado. Um fracasso do ambiente em ser receptivo à dependência pode levar ao sentimento de não existir, a modos de existência isolados e ansiedades extremas, como verificamos nas crises psicóticas. A partir de sua clínica psicanalítica com bebês no colo de suas mães, crianças e seus brinquedos e com pacientes psicóticos com suas crises, Winnicott (1952/1982; 1965c/1983) nos propõe a pensar através de paradoxos. Um deles é que o mundo louco construído na crise psicótica revela uma organização defensiva reativa às mais impensáveis ameaças de loucura, que são marcas de algum fracasso do cuidado na dependência.

Na clínica com os pacientes e membros do Gipsi, uso elementos da psicanálise de Winnicott para guiar meus passos no angustiante processo das sessões clínicas individuais e familiares, nas supervisões, no manejo psicossocial e nas reflexões sobre a “psicose”. Os elementos centrais desta pesquisa emergiram da clínica e almejam compreender uma das maiores dificuldades que encontrei: a manutenção do ambiente suficientemente bom, ainda que diante da agressão e desintegração presentes nas crises psicóticas. Apresento, no próximo tópico, as questões iniciais que norteiam o problema e a tese desta pesquisa.

1.2 Questões iniciais e problema de pesquisa

Relacionada à dependência máxima está a necessidade de cuidado como condição para o advir humano (Winnicott, 1945/1983). No início da vida, o indivíduo

não consegue perceber a existência de uma realidade externa; está em uma condição paradoxalmente isolada e dependente do comportamento do ambiente, que não reconhece como entidade separada. As funções psíquicas são desenvolvidas e amadurecidas lentamente mediante a qualidade do cuidado recebido quando a experiência de ser ainda é frágil, não mais do que uma breve vivência de continuidade sustentada (segurada) pelo ambiente. As interrupções nessa continuidade, por razão do desamparo, tornam-se psíquicas nas marcas do processo de amadurecimento que potencialmente o tornará um humano adulto. A existência inicialmente corporal do indivíduo torna-se psíquica na medida em que as interrupções na sua continuidade natural possam introduzi-lo, o convidá-lo a uma vivência no mundo dos outros humanos, através da elaboração imaginativa (Winnicott, 1949a/1982). Isso quer dizer que nós nascemos um puro potencial e o despertar desse potencial depende do cuidado; o ser do humano depende fundamentalmente da disponibilidade de alguém que cuide dele, que cuide de lhe despertar o *ser, sendo* com ele.

O estudo do desenvolvimento emocional primitivo levou Winnicott até a origem mesma do psíquico, do que é constituído tão precoce e tão naturalmente que até parece inato. O caso é que o desamparo inicial dos seres humanos exige a configuração de um ambiente afetivo para cuidar que os novos membros sobrevivam, se tornem humanos reconhecíveis e valorosos. Nas técnicas de cuidado infantil, nos diz Winnicott (1963/1982), descobrimos os valores fundamentais da sociedade. A própria família, segundo ele, é uma unidade social afetiva produzida pelas necessidades urgentes das crianças, surgidas do seu desamparo, de sua necessidade de dependência no ambiente de cuidado.

O desamparo inicial humano remete às experiências originárias, primitivas e radicais, o grito que é limite do quase-humano, advindo desde o ainda-não-ser. Winnicott propõe que o humano nasce, dissemos, em uma condição paradoxal absolutamente dependente e absolutamente solitária. Esse lugar está próximo ao que Figueiredo (2012) nomeia de *matriz paradoxal na condição humana*.

Existe um estado originário de indiscernibilidade entre o indivíduo e seu ambiente de cuidado, no qual o recém-nascido tem uma experiência instintiva. A elevação da tensão conjura uma via de descarga, a elaboração de uma necessidade,

tornando o indivíduo pronto para alucinar um objeto adequado à necessidade (Winnicott, 1960a/1983). Mas a necessidade em si, a alucinação, não faz diminuir a tensão. É somente através de uma ação específica, feita por alguém de carne, osso e experiência, que a necessidade é satisfeita e abre o caminho para o princípio de prazer, convertendo o grito em comunicação.

O ambiente de cuidado inicial é composto, em nossa cultura, pelas pessoas da família (mãe e pai) e sua experiência pregressa com o cuidado permite a organização do ambiente de forma tal que a ação específica coincide com o objeto satisfatório, com o máximo de respeito à condição paradoxal de solidão e dependência. Nessa atitude do ambiente, o bebê experimenta uma situação de *ilusão*: o instinto (ou a necessidade) levou o bebê a alucinar (a criar) um objeto que tem forma e existe na realidade (por exemplo, o seio). Através de uma relação na qual a ilusão é vivida como fato da experiência, a ação do ambiente coincide com a alucinação, então o gesto instintivo, impulsivo, é igualmente criativo, cria o mundo que fora especialmente organizado para ser encontrado.

A qualidade afetiva presente no cuidado infantil transforma o ser desse alguém de carne e osso, uma mãe ou sua substituta (incluindo o pai), em um meio adequado onde as tendências maturacionais herdadas se desenvolvem com satisfação, realidade e confiança. O atributo do ser da mãe, de segurar e de manejar, de oferecer um cuidado a um só tempo físico e psíquico, não apenas constitui um objeto satisfatório, mas dá qualidade às primeiras impressões que constituem o ego do bebê. Esses são processos que indicam o desenvolvimento da condição psíquica e corporal da mãe para compreender as necessidades de um ser muito primitivo, não integrado e absolutamente dependente, seu filho.

Essa condição é denominada em Winnicott (1956/1982) de *preocupação materna primária*, um movimento de regressão psíquica do adulto até a identificação com o recém-nascido, uma loucura a dois sustentada por um ambiente mais amplo, que é o restante da família e de sua pequena unidade social. Através da regressão psíquica até a identificação projetiva, a mãe permite o advir de uma mutualidade, converte a amamentação em comunicação e concede ao bebê sua primeira identidade e potência, que são a identificação e a onipotência do narcisismo primário.

Na preocupação materna primária, a mãe identifica-se com o seu bebê, regredindo ao bebê que ela fora, nos braços de sua própria mãe, em uma experiência ilusória sem fronteiras, a imagem encadeada de incontáveis gerações de mães humanas com os seus bebês, portadoras e transmissoras dos segredos da criação e da ilusão (Winnicott, 1971/1975). Todos os bebês e todas as mães podem ser identificados na preocupação materna primária, todo o desamparo encontra cuidado e todos que já foram bebês podem encontrar o cuidado como fundamento de seu ser: do ponto de vista da dupla na preocupação materna primária, *o cuidado causa a existência*.

O amor físico da mãe investe o bebê desde dentro dele próprio, guiando para esse ambiente a vivacidade e a inquietação corporais, musculares do bebê, o bastante para garantir que ele encontre o objeto alucinado. Para Winnicott (1965/2005a), esse componente muscular do gesto impulsivo confere ao encontro do bebê com a mãe uma qualidade *agressiva*. O amor no cuidado infantil recebe benevolmente os movimentos do bebê e aceita a destrutividade necessária para o comer, para encontrar a materialidade dos objetos e, assim, separar um mundo interno e um mundo externo. A mãe sobrevive ao “ataque” com confiança de que a vida daquele bebê é tanto amorosa quanto destrutiva, que a mordida é tolerável, tendo em vista as contribuições do bebê para a vida familiar.

A preocupação materna primária permite um vínculo com a realidade no qual o modo primitivo de amar, do gesto impulsivo, pode ser vivido por tempo o bastante até que o indivíduo se torne capaz de integrar o que lançou fora de si, no mundo. O bebê integra-se como uma unidade e reconhece que seus gestos e seu amor foram, a um só tempo, amorosos e agressivos contra o ambiente de cuidado, que é o corpo e o psiquismo da mãe. Esse reconhecimento é subordinado à sobrevivência da mãe ao ataque, já que essa é uma grande surpresa, pois a sobrevivência do ambiente está amplamente fora do controle mágico do bebê: o mundo sobrevive por sua própria potência e não porque o bebê conteve sua agressividade. Ao contrário, nos diz Winnicott (1963a/1983), é justamente a capacidade do ambiente em sobreviver a um ataque intensamente destrutivo que o posiciona como externo ao sujeito, com uma realidade própria. O autor localiza assim as primeiras experiências verdadeiras de teste de realidade e reconhecimento da alteridade, quando essa estranha coisa é vivida

repetidas vezes como fato de experiência: o bebê come a mãe e ela continua ali para ser encontrada.

O reconhecimento da realidade da mãe como pessoa faz parte do mesmo processo que integra o próprio bebê como pessoa e seu amor com a agressividade, levando, enfim, à possibilidade de ambivalência. A integração da agressividade no psiquismo traz uma nova ansiedade, de tonalidade depressiva, relacionada um potencial sentimento de culpa. Winnicott (1963/1983) apresenta uma proposta sobre a culpa que se origina da noção de posição depressiva de Melanie Klein (1935/1996), mas que dela se diferencia para contemplar a capacidade psíquica para se preocupar (*concern*) com a mãe e as outras pessoas da família, no sentido que a agressão e a destrutividade estão originalmente relacionadas ao gesto espontâneo e à criatividade, em vez de derivar-se de um instinto de morte. A contribuição com o ambiente (movimento reparatório) não busca necessariamente reparar os danos feitos, mas dar um destino criativo ao gesto espontâneo que não seja exatamente destrutivo, mas preocupado, interessado pelo bem estar dos outros.

A tolerância da mãe à agressão e à destrutividade, sua capacidade de sobrevivência, são indispensáveis para que o bebê possa chegar a se preocupar com ela como pessoa. Entretanto, tolerar e sobreviver não são capacidades compreendidas apenas na preocupação materna primária, na regressão da mãe à identificação projetiva. Existe algo do amadurecimento do adulto que precisa ser mantido para completar a função preocupada (*concerned*) do cuidado, que inclui o reconhecimento da alteridade do bebê. Para poder sobreviver, mesmo identificada, a mãe sabe que deverá diminuir seu apego imediato à criança (por mais que ele seja prazeroso para as duas), permanecendo ela mesma, oferecendo uma resistência e uma oposição ativa ao gesto impulsivo da criança. Quando a criança puder fazer uma contribuição criativa com a mesma mãe que atacou anteriormente, a mãe compartilha de um novo tipo de prazer, recebe com alegria aquilo que ela sabe ser uma transformação construtiva do gesto originalmente impulsivo, destrutivo.

A formação de uma imagem interna, unificada, contida pelo limite da pele, capaz de lançar fora o que não é proveitoso, indica um grau de maturidade que cria uma dimensionalidade, localiza qualidades do ambiente no interior do psiquismo e,

consequentemente, diminui a condição de dependência. As funções do ego criam a possibilidade de pensar o ambiente através da formulação de um *pressuposto*: o mundo existe, é satisfatório e pode ser encontrado. Se tudo vai bem, o pressuposto é possível dada a uma capacidade de confiar na existência de um mundo bom o bastante, com potência própria e com o qual se pode comunicar quando se necessita e dar-se por garantido quando ele importa menos.

O movimento de “desidentificação” da mãe é denominado por Winnicott (1954a/1982) de desmame, um momento de desilusionamento, de progressão da mãe de volta aos seus interesses de adulta. O bebê passa a eleger um novo objeto devotado que substitui a mãe (objeto transicional, Winnicott, 1971/1975), assim como ela retorna a seus objetos de desejo de mulher. Ao mesmo tempo, as experiências vividas durante a identificação permanecem para o bebê, em sua identidade, potência e confiança e igualmente para a mãe, que se recuperou da regressão à identificação e pode apreciar as contribuições do filho com a família. Uma criança capaz de contribuir com os membros de sua família promove a integração em seu lar, facilita também a vida dos adultos quando eles estão próximos de suas ansiedades depressivas ou psicóticas (Winnicott, 1965/2001). Em outras palavras, aos poucos ela também se torna capaz de cuidar de e a família pode ser um ambiente de cuidado para todos.

Existem diversas teorias sobre o cuidado e a origem do ser humano que podem nos auxiliar a pensar os processos envolvidos na clínica. Uma delas é a desenvolvida por Heidegger (1926/2005), apresentada de forma clara e resumida por Inwood (2002). Em sua concepção da ontologia do ser, Heidegger nos diz que o *Dasein* (termo usado pelo autor para remeter à dimensão ontológica de ênticos como homem, subjetividade, “eu” ou outros psicológicos) é essencialmente culpado, responsável, fundamento da falha, do “dano” que causa e que assim altera o seu ser com uma dimensão negativa. Essa culpa existencial está presente na estrutura tripla do cuidado de *Dasein* e a temporalidade revela-se como o sentido de cuidado autêntico (Heidegger, 1926/2005, segundo Inwood, 2002): ele não é responsável por sua própria entrada no mundo (passado), mas tem de existir e tornar seu ser o fundamento de uma projeção de suas possibilidades (o *Dasein* é pura possibilidade, no futuro) ou refugiar-se no impessoal para esquecer sua culpa (no presente).

O cuidado (*Sorge*) é o modo básico de *Dasein*, é que em seu ser está em jogo seu próprio ser. Firmar-se sobre os seus próprios pés é *Sorge*, aquilo o que faz de *Dasein* um si-mesmo unificado e autônomo, um “entre” nascimento e morte (Inwood, 2002). Assim, autocuidado (*Selbstsorge*) seria uma tautologia. A partir do modo básico (*Sorge*), o *Dasein* ocupa-se (*Besorge*) de suas atividades no mundo (ser-no-mundo) e preocupa-se (*Fürsorge*) com os outros (ser-com-os-outros).

Dasein, com os pés firmados em si mesmo, faz o que deseja fazer e isso pode incluir *Fürsorge*, preocupar-se em ajudar os outros. Quando direcionado aos outros de modo autêntico, o *Fürsorge* não quer livrar imediatamente o outro de seu próprio cuidado, de sua inquietação; não se coloca no lugar do outro, em vez do outro. Antes, o *Fürsorge* autêntico aspira saltar à frente do outro, para de lá devolver-lhe o cuidado e não para levá-lo embora (Heidegger, 1926/2005, segundo Inwood, 2002). Assim, compreendemos a preocupação (*Fürsorge*), em Heidegger, como uma forma de desejar ajudar os outros sem reduzi-los à dependência, para que a existência do outro seja, no modo básico de seu ser, *Sorge*, pés firmados em si mesmo e aberto a ser-com-os-outros.

Não detalharemos as contribuições específicas desse filósofo nesta tese; contudo, essa descrição do cuidado e da preocupação em Heidegger assemelha-se à compreensão de Winnicott (1983) do “ambiente suficientemente bom”, o qual aceita a responsabilidade diante da dependência do bebê e preocupa-se em abrir para ele o espaço da independência. A preocupação nesse ambiente é um modo de facilitar o amadurecimento rumo à independência, amadurecimento que pertence ao potencial do bebê e não ao ambiente. Portanto, o ambiente abre lentamente um espaço intermediário de vivência, uma continuidade da ilusão na qual a separação e a solidão podem ser vividas e compartilhadas.

O ambiente suficientemente bom de Winnicott mantém alguma possibilidade, esperança de bondade, enquanto aceita a maldade, busca modos de tolerar a agressão e a destrutividade. É a saúde que tolera a doença e não se pretende ser uma fuga para a sanidade completa. Essa ideia pode ser encontrada igualmente em um dos objetivos do Gipsi: promover saúde, mesmo que diante do adoecimento.

A psicanálise de Winnicott sugere, então, que a possibilidade de se relacionar com um mundo encontrável desde sempre já ali, repleto de outros, é fundada sobre o

que podemos compreender, com Figueiredo (2007), como uma *capacidade primordial de confiar*. Essa capacidade para a confiança é, na verdade, onde nasce toda possibilidade para viver algo como óbvio, evidente ou natural, para relaxar e confiar nas tendências ao amadurecimento e na possibilidade de criar ou construir algo valioso, satisfatório. Se tudo vai bem, o cuidado é vivido de modo tão natural e espontâneo quanto possível e depois “internaliza-se” como uma parte do indivíduo.

Entretanto, se as coisas não vão bem, o indivíduo não chega a sentir-se um ser humano inteiro, no mundo e com os outros. Na clínica das crises psicóticas, algumas pessoas nos dizem não habitar o próprio corpo, sentem que já estão mortas, sofrem por não se sentirem reais ou porque toda a realidade os persegue, até mesmo aqueles que tentam ajudá-los, parecem viver em um estranho inferno pré-apocalíptico. No cotidiano com elas, somos constantemente intimados a testemunhar ansiedades extremas e urgentes, de qualidade chamada de psicótica, que põem em xeque tudo o que nós damos por garantido para conseguirmos viver em paz. Essas pessoas, assim chamadas de “psicóticos”, nos falam de vivências em que a confiança na naturalidade e mundanidade das coisas ainda não foi vivida plenamente. Com Winnicott, podemos pensar que, se essas pessoas ainda fazem crises, é porque possuem esperanças de encontrar um ambiente onde poderão conquistar a capacidade de confiar no valor da existência, compartilhar a realidade e relacionar-se de modo menos sofrido, mais criativo. Esse é um processo árduo, cheio de riscos e vulnerabilidades, determinado em uma área de dependência ou isolamento, de cuidado ou aniquilação.

A clínica da psicose evidencia falhas nessa constituição da capacidade para confiar, correspondentes a falhas do cuidado (Winnicott, 1952/1982). Se o cuidado inicial fracassa, pode dar-se que o ambiente tenha sido incapaz da loucura inicial (preocupação materna primária) necessária para a constituição da integração do indivíduo e insista em ter uma importância maior do que as necessidades do bebê. A “importância do ambiente” faz com que eventos ainda incompreensíveis invadam a existência do bebê com uma desilusão precoce, ou nunca permitam a ilusão necessária para criar um mundo que já existia. Na breve experiência de existência do recém-nascido, que ainda não existe desde seu próprio ponto de vista, o ambiente não adaptado é aquele que não consegue desejar cuidar, resiste à regressão e à identificação necessárias para a preocupação materna primária. Winnicott (1952/1982) nos diz que o

bebê percebe o “não-desejo” do ambiente quando o acontecer das coisas segue um ritmo, um imperativo, que não são as necessidades do bebê. Se o ambiente está doente, funciona segundo necessidades alheias ao bebê, então o cuidado é alienante, viola a condição de desamparo com uma recusa em aceitar a dependência, em ser encontrável, em suportar a destrutividade e sobreviver a ela. A existência do bebê, portanto, funda-se sobre uma impossibilidade de confiar no mundo, de encontrar o mundo.

Alcançar o sentido do ser é poder viver um breve período de completo isolamento antes de dar conta da existência de uma realidade externa e de suas exigências. Assim sendo, o bebê que não vive a ilusão de identificação primária pode apenas recuperar algum sentido de ser ao livrar-se das imprevisibilidades do ambiente, ao abster-se de relacionar-se, inibir o amor e a agressividade. Atacar os vínculos é jamais desenvolver a capacidade de vincular-se, é buscar o isolamento primário a partir do qual algum gesto pode ser espontâneo e satisfatório.

Diante do fracasso do ambiente, o bebê vive um trauma e tenta *pensar* a incapacidade ambiental, a experiência de desconfiança, com coisas que ele *faz* com seu psiquismo. As coisas que o bebê faz para se defender correspondem ao modo como ele vive cada fracasso ambiental extremo e sua ansiedade carrega essa qualidade radical. Assim sendo, o bebê se desintegra para inscrever uma experiência de fracasso em integrar-se; ou despersonaliza-se na medida da ansiedade em não localizar o psiquismo no próprio corpo; retorna seus investimentos para dentro de si, na medida em que perde a confiança na existência de uma realidade encontrável; ataca qualquer possibilidade de relacionar-se, pois teme que o ambiente se relacione apenas quando ataca. O amor e a destruição não alcançam ambivalência porque são coincidentes (Winnicott, 1947/1982).

Quando o ambiente fracassa em adaptar-se, exige uma reação do bebê. Reagir para satisfazer uma necessidade originada no ambiente é algo nocivo se a reação contém a totalidade da identidade. Quando o ego é bastante forte, a reação é vivida como uma resposta a um estímulo. Em outras palavras, quando alguém já é capaz de odiar uma pessoa inteira por seus defeitos, ele pode usar os momentos do fracasso dessa pessoa para odiá-la justificadamente, satisfazendo suas tendências agressivas. Mas quando alguém ainda não possui referência do que é uma pessoa total e separada, então ela deve odiar a realidade mesma, por seu caráter traumático. Já sabemos que, por sua condição

de desamparo, o bebê só pode existir por causa do cuidado. Se não houver cuidado, não há existência. O bebê não morre ao reagir às intrusões do ambiente, mas sim deixa de existir, a ansiedade é de aniquilação.

Winnicott (1952/1982) denomina psicótica uma experiência no mundo na qual essa configuração é preponderante no amadurecimento do indivíduo. A distorção psicótica nos conta, pois, de um tipo de realidade na qual relacionar-se é reagir à ameaça de ser aniquilado. No trauma, o indivíduo perde a confiança no ambiente em uma idade na qual não pode existir por si próprio, o que leva a uma agonia primitiva (*primitive agony*, 1965a/2005), um breve momento de ansiedade impensável (“*unthinkable anxiety*”) contra a qual ele deve erguer defesas apropriadas à sua idade (primitivas). No lugar onde as defesas foram organizadas, um fragmento de experiência de “loucura” (Winnicott, 1965b/2005) existe, mas não foi experienciada e não pode ser localizada no passado, como uma memória, dada a imaturidade do indivíduo.

Na clínica da psicose, Winnicott (1963/2005) nos sugere que, em certo momento, as defesas primitivas reativas à agonia originada pela falta de confiabilidade do ambiente deverão entrar em colapso. Tudo parece como se o paciente “forçasse”, com suas crises, a criação de um universo idêntico àquela experiência original de agonia que não pode ser lembrada. Ao falar de ansiedades impensáveis, Winnicott (1965b/2005) nos confronta com a ideia de um tipo de sofrimento que não pode ser pensado nem imaginado pelo clínico, a não ser através de um exame das defesas usadas. No máximo, nos aproximamos da intensidade da ansiedade psicótica e do que conhecemos como sintomas, negativos e positivos. A defesa psicótica não evita e nem antecipa nada, apenas quer provocar na realidade compartilhada os detalhes do que aconteceu no trauma precoce. O indivíduo, então, precisa regredir até o momento do fracasso, que é o momento da dependência máxima, e para isso ele mobiliza o ambiente e todas as reservas disponíveis. Se o ambiente puder se responsabilizar, então pode ajudar o indivíduo a sobreviver à crise e não a evitar. Na clínica, o paciente poderá chegar até a culpar o terapeuta pela crise, pela agressividade, por todas as intrusões e pela maldade (transferência psicótica, Winnicott, 1965a/2005), porque o paciente não pode se responsabilizar pelo fracasso que é do ambiente. Ao odiar a pessoa do terapeuta por algo que pertence à imperfeição dele, e não à realidade toda, o paciente direciona a ele sua agressividade, tenta destruí-lo. É apenas a sobrevivência do terapeuta, a manutenção

de sua postura boa o bastante, o que leva o paciente a integrar sua agressividade, integrar bondade e maldade e reconhecer a alteridade do terapeuta e aceitar sua imperfeição.

Um dos percursos a serem feitos na clínica da psicose seria criar o ambiente oportuno para que o paciente viva, com o ambiente, a qualidade das funções de cuidado que promovem a integração, até que essas mesmas funções se transformem em capacidades psíquicas. O paciente poderá, então, habitar com as qualidades do ambiente em seu interior e cuidar de seu ambiente e de si mesmo, através da preocupação, do envolvimento. Quando atingir esse momento, o terapeuta deverá saber oferecer-se para ser cuidado pelo seu paciente, deixar-se cuidar em uma mutualidade, que é o fundamento mesmo de uma relação humana satisfatória.

Embora procure contribuir para a compreensão sobre a natureza humana, a psicanálise não deixa de ter um imperativo terapêutico, na clínica, onde amadureceu desde Freud e onde prossegue sua incansável e admirável investigação sobre o humano e o cuidado (Celes, 2010). As funções de cuidado promovidas pela técnica analítica seguem as transformações exigidas por essa clínica, pela natureza das pessoas envolvidas no acontecer clínico. É a ilusão gerada dentro do ambiente de cuidado que faz coincidir o desejo do terapeuta com as necessidades de seu paciente. Nessa área intermediária que é o enquadre, as qualidades do cuidado são progressivamente transformadas em qualidades psíquicas, integradas na subjetividade do terapeuta e do paciente. Como não poderia deixar de ser, o cuidado analítico possui uma continuidade com aquele infantil, compartilham o que refere ao fundamento do cuidado. O estudo dessas qualidades ajuda a desenvolver teorias psicanalíticas do cuidado, contribuições para atividades humanas que buscam remediar o desamparo.

Cuidar, nesse ponto de vista, é um fazer construtivo, uma busca pela transformação da destrutividade do impulso em um fazer preocupado com o outro como pessoa separada, com realidade e necessidades próprias. As pessoas, profissionais ou não, que investem suas vidas em funções de cuidado, compreendem as consequências destrutivas de nossos gestos no mundo, confiam que o cuidado pode acolher e transformar em contribuição criativa mesmo as mais violentas manifestações destrutivas (E. Costa, 2015). A confiança dessas pessoas nasce do fato de que um ambiente bom

delas cuidou, suportou sua agressividade, sobreviveu a ela e repetidamente aceitou seu gesto construtivo. No cuidado, elas se transformam, por assim dizer, no ambiente de que uma vez puderam depender. Não se trata, de maneira alguma, de buscar criar um ambiente perfeito ou totalmente benévolo, nem tampouco oferecer-se para suportar qualquer tipo de destrutividade, mas buscar criar um espaço no qual podem advir a confiança e a preocupação com os outros.

Cuidando, ganhamos novamente algo que havíamos sacrificado, nos tornamos pais suficientemente bons, recriamos o amor e a bondade. Nossa escolha pela clínica está vinculada, por um lado, à preocupação que pertence ao elemento fundamental do amor adulto e, por outro, à renúncia à onipotência que nos leva a operar em relações complexas de colaboração no seio cultural em que nos fazemos sujeitos.

O exagero de um sintoma exige um correspondente exagero do cuidado, um cuidado apaixonado. Mais do que disponibilidade, o cuidado às crises é possível pela abertura em afetar-se pela qualidade patológica de uma necessidade, um desejo de adaptar-se de acordo com essa intensidade. Isto quer dizer que o cuidado significa sobreviver às condições radicais das vicissitudes humanas, aos ataques impulsivos, ao amor e ao ódio, especialmente quando a dependência é máxima. As necessidades instintivas e o componente do ser, da continuidade, não são polos de uma dualidade, mas almejam integração ao serem experimentados em uma única área de realidade compartilhável. Se o ambiente for capaz de sobreviver sem retaliar, mas mantendo uma continuidade em seu próprio ser, sua sobrevivência indica que o indivíduo amou ao máximo, destruiu ao máximo e o mundo não se acabou. Algumas cicatrizes, é claro, poderão ser vistas nas olheiras das mães e nas histórias das enfermeiras, e o indivíduo pode continuar destruindo o mundo em sua realidade psíquica, que é inconsciente. No entanto, em sua relação com os outros, se ele se sentir responsável, pode emitir um gesto genuíno de contribuição com o ambiente que destruiu (Winnicott, 1971/1975). É importante que o ambiente receba e reconheça a tentativa de contribuição no gesto, o que lhe confere valor e o transforma de um impulso originalmente “não preocupado”, potencialmente ansioso e culpado, em preocupação (*concern*). Isso é o que, segundo a descoberta de Winnicott, a mãe boa comum vive no cotidiano com seu filho bebê ou criança, semelhante também ao que o que o terapeuta vive no cotidiano com o paciente

regredido à dependência máxima, o que poderia estar próximo ao que compreendemos no Gipsi como crise psicótica.

No acolhimento à crise, o ambiente de cuidado precisa estar organizado de tal forma que exista sempre alguém disponível para descobrir do que o paciente precisa e como provê-lo disso. Quando uma pessoa está “psiquicamente doente”, a terapia necessária envolve pessoalmente o terapeuta, mobiliza as suas reservas, suas esperanças e sua preocupação para se identificar com o seu paciente e prover para suas necessidades.

Os riscos de uma situação de crise nos alertam sobre quais são as reservas de que o paciente necessita. É a impossibilidade de cuidado o que gera o perigo e não a dependência ou o fato da crise. Riscos podem ser aceitos se existirem reservas encontráveis em um ambiente capaz de aceitar a dependência, o não saber pensar, o desorganizado: todas as complicações da vida humana podem estar, temporariamente e enquanto for necessário, nas mãos do ambiente, enquanto o paciente se ocupa (cuida) de vir a ser de modo mais genuíno possível com a realidade “dos outros”.

O cuidado necessário na dependência máxima é possível por algo semelhante ao que Winnicott (1956/1982) denomina preocupação (*preoccupation*) materna primária, condição de fusão e identificação que mantém a alteridade e a independência como horizonte, através da capacidade de se preocupar (*concern*). Em outras palavras, o cuidado à dependência depende de um agente de cuidado capaz de se preocupar (*concern*) por uma pessoa total e separada dele; capacidade que por sua vez é adquirida através de experiências anteriores do cuidador com um ambiente suficientemente bom. O cuidado, feito pela mãe ou pelo terapeuta, não consiste apenas em técnicas a serem aprendidas, mas é possível por algo como um “ambiente suficientemente bom internalizado”, integrado como funções e capacidades psíquicas, postas à prova na cotidianidade do cuidar. Essas funções são exercidas na terapia e vividas pelo paciente, podendo, então, ser igualmente internalizadas por ele (paciente).

Percebemos um encadeamento temporal de ambientes de cuidado que se presentificam todas as vezes em que a dependência máxima se faz necessária: a preocupação (*preoccupation*) da mãe é abandonada para permitir a emergência da preocupação (*concern*) da criança, que cresce e se torna mãe ou cuidadora; por sua vez,

se preocupa com um novo bebê ou um paciente em crise. Esse encadeamento lança a capacidade de se preocupar (*concern*) de Winnicott para mais além de uma capacidade ou função psíquica, mas uma qualidade do ambiente no encontro com a dependência, condição para que a preocupação (*concern*) se torne integrada, através da vivência, no psiquismo de quem é cuidado.

Estas foram as principais leituras e reflexões que nos levaram à tese de que, para cuidar de pessoas em crises psíquicas graves, é necessário um ambiente de cuidado amplo, com pessoas disponíveis e capazes de acolher e sobreviver, com confiança e respeito à alteridade, mantendo aberto o espaço para compartilhar a realidade psíquica da pessoa em crise. O acolhimento (identificação e sustentação), a sobrevivência e a transicionalidade (compartilhar realidades) são qualidades do ambiente que precisam ser preservadas na clínica com as crises psicóticas.

Na próxima seção, examinaremos melhor essa hipótese, apresentando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada.

1.3 Tese, objetivos e método

O presente trabalho é uma proposta de investigar o pensamento de Winnicott sobre o ambiente e o cuidado na clínica psicanalítica da psicose para pensar a clínica da intervenção precoce feita pelo Gipsi. Ao aproximarmos a ideia de crise no Gipsi com a noção de regressão à dependência na psicose, compreendemos na clínica uma vivência na qual o terapeuta estará envolvido em um cuidar semelhante ao cuidado materno. Para acolher a crise, o terapeuta deve ser capaz de abrir-se à agressividade não-integrada de seu paciente, identificar-se com ele em seus funcionamentos primitivos, o bastante para reconhecer as necessidades dele, comunicadas na forma da estranheza de seus sintomas, e sustentar o ambiente que facilita o amadurecimento.

Nesse sentido, a tendência à regressão presente nas crises é uma manifestação da esperança do paciente de encontrar o ambiente propício para “descongelar” as tendências inatas ao amadurecimento, originalmente interrompidas pela necessidade de organizar defesas reativas à intrusão ambiental em uma etapa extremamente precoce da vida, que é a da dependência absoluta. O ambiente propício para facilitar o

amadurecimento, nesse caso, é um ambiente no qual a dependência máxima pode ser vivida, com a independência como horizonte.

Ao pensar nessas questões, propusemos o que se segue abaixo como nossa tese de pesquisa, objetivo e método.

1) Apresentação da tese:

Nossa tese é que o manejo de crises psicóticas, aquelas que envolvem uma necessidade de regressão clínica à dependência, consiste na criação de um ambiente de cuidado para terapeutas e pacientes. O cuidado é indispensável para que o terapeuta acolha e sobreviva à destrutividade inerente à crise de qualidade psicótica.

2) Objetivo geral

Nosso objetivo geral é contribuir para a clínica do Gipsi através da proposição do ambiente de cuidado no manejo da crise psicótica, segundo princípios da psicanálise de Winnicott. Para tanto, temos, como objetivos específicos:

a) Investigar, nos textos de Winnicott, os conceitos de preocupação (Winnicott, 1956/1982; 1963a/1983), sobrevivência (Winnicott, 1969/2005; 1971/1975), transicionalidade (Winnicott, 1971/1975) e ambiente de sustentação (*holding environment*) à dependência (Winnicott, 1954b/1982);

b) Estudar a compreensão winnicottiana da psicose e sua clínica, em especial as noções de fracasso e intrusão ambiental, agonias primitivas e defesas psicóticas, encontro com a regressão à dependência e o colapso;

c) Relacionar as características do ambiente suficientemente bom às reservas emocionais necessárias para o manejo da dependência nas crises psicóticas.

3) Método

O método para atingir os objetivos é o estudo da proposta de intervenção precoce nas primeiras crises do Gipsi (Costa, 2010; 2013; 2014), compreendendo as estratégias de cuidado à psicose segundo a teoria do amadurecimento emocional de Donald Winnicott (1971/1975; 1982; 1983; 2005a; 2005b; C. Winnicott, Shepperd & Davis, 2005), integradas com a contribuição de pensadores contemporâneos na

comunidade acadêmica brasileira (Costa, 2014; Figueiredo, 2012; Outeiral, Hisada & Gabriades, 2001; Safra, 2004, entre outros).

Nossa escolha por Winnicott tem a ver com sua contribuição pioneira no campo da clínica da psicose e da atenção aos elementos do *setting*¹. O objeto da psicanálise, a psique (inconsciente, Celes, 2010), não é observável, apenas dá sinais de si, os quais são possíveis de reconhecer e estudar como sinais, mas não mediante uma abordagem direta, empírica ou quantificável. Isso implica que sua inserção no contexto acadêmico acresce de problemáticas, sobretudo quanto à exigência de objetividade, impessoalidade, espacialidade e temporalidade tais que permitam replicação, previsibilidade e generalização. Esses seriam requisitos para uma “cientificidade” tradicional, a qual o método psicanalítico não pode alcançar dada sua natureza mesma, derivada da natureza de seu objeto (N. Oliveira & Tafuri, 2012).

A pesquisa em psicanálise, alicerçada indispensavelmente na prática clínica, é realizada sobretudo através do estudo de caso e construção de caso clínico (N. Oliveira & Tafuri, 2012). Essas duas estratégias metodológicas buscam constituir a metapsicologia de um caso atendido no *setting* psicanalítico e contribuem com o saber a partir do que se aprende no trabalho que é a psicanálise. O campo pode se beneficiar igualmente de estudos teóricos sobre os elementos em funcionamento no próprio *setting* analítico, como um tipo de “metapsicologia do *setting*”. A partir do estudo das experiências vividas no ambiente psicanalítico, guiado pela regra fundamental (atenção flutuante à associação livre), uma episteme psicanalítica é gerada em conformidade às e respeito pelas sutilezas e os paradoxos presentes no trabalho da clínica psicanalítica.

Segundo Urribarri (2013), o estudo do *setting* analítico constitui-se em um dispositivo metodológico para compreender o trabalho analítico e aquilo que pode ser característica não apenas da psicanálise, mas do cuidado (Figueiredo, 2012; Winnicott, 1964/2005). Afinal, o essencial da investigação psicanalítica é o trabalho clínico, a prática de cuidado realizada em consultórios e fora deles, com o cuidado enquanto criação de um espaço, permitido pelas capacidades emocionais do analista, incluído aí o seu pensar.

¹ Embora os autores citados acima utilizem o termo enquadre, nós preferimos manter o inglês *setting*, buscando uma continuidade com as traduções dos textos de Winnicott que optamos por usar.

Profundamente influenciado pela psicanálise de Winnicott e outros grandes teóricos da área, Green (1988) realiza um trabalho que busca integrar em uma interdisciplinaridade duas vertentes maiores – uma pertencente à epistemologia e a outra à metapsicologia – na efetiva criação de um paradigma complexo para a clínica contemporânea. Segundo Urribarri (2013), os conceitos greenianos de pensamento clínico e processo terciário são modos de uma “metapsicologia complexa”. Para Green (2002), o *pensamento clínico* é o modo pelo qual o psicanalista atinge, desde o grande precursor que é Freud, o que se denomina atualmente de pensamento complexo. Nessa proposta, a metapsicologia volta-se para estudar o estado psíquico do analista operando nas sessões do seu cotidiano, articula a escuta, atenção flutuante, contratransferência e imaginação analítica, convergente com a noção do enquadre interno do analista. O objetivo é compreender como o psiquismo do analista abriga os paradoxos e incertezas que se revelam na clínica contemporânea e que pertencem à natureza humana. Esse trabalho psíquico do analista é denominado por Green (2002) de pensamento clínico, isto é, a forma como o psiquismo do analista trabalha na constituição do enquadre analítico.

Segundo Green (1988), o processo terciário age como intermediário entre o processo primário (regido pelo princípio do prazer) e o processo secundário (regido pelo princípio de realidade) e está relacionado à ideia de transicionalidade em Winnicott (1971/1975), originada em grande parte do estudo sobre o brincar na clínica e na cultura. Para Green, o processo terciário é o modo como funciona o pensamento quando os fenômenos transicionais estão em obra. Segundo o autor (Green, 1988):

[O processo terciário] é o modo mais eficaz de se estabelecer um equilíbrio mental flexível e o instrumento mais rico para a criatividade, salvaguardando contra o estorvo da divisão (*clivage*), cujo excesso leva à morte psíquica. Contudo a divisão é essencial no suprimento de uma saída da confusão. Este é o fardo da escravidão humana, que tem de servir a dois senhores opostos – separação e reunião – um ou o outro, ou aos dois (p. 89).

A partir das noções greenianas de processo terciário e pensamento clínico (Green, 1988; 2002), Urribarri (2013) propõe que o pensamento clínico é um *pensamento complexo*, para abranger as qualidades dos fenômenos com os quais se depara, inclusive as crises psíquicas graves (complexas, imprevisíveis, intensas). De acordo com Urribarri (2013):

O enquadre diferencia-se da mera situação material e é concebido como uma função constituinte do enquadre e do processo analítico. De natureza *transicional* (entre realidade social e realidade psíquica), o enquadre é a instituição e encenação do método analítico, de seu núcleo dialógico e de sua matriz intersubjetiva simbolizadora. O enquadre constitui o espaço analítico, que é um terceiro espaço que torna possível o encontro e a separação (a discriminação) entre o espaço psíquico do paciente e do analista. Contenção e distância, o enquadre delimita o *espaço potencial* que torna possível a comunicação analítica (p. 210, grifos nossos).

O trabalho psíquico do analista pode ser compreendido, em suma, como o arranjo das condições de possibilidade para a emergência de um pensamento “transicional”, ou terciário (Urribarri, 2013): nem apenas princípio de prazer, nem de realidade, uma sobreposição topológica de fenômenos subjetivos e objetivos, localizando tanto espacial quanto intersubjetivamente os fenômenos da transferência e da contratransferência dela indissociável. Ao localizar a transferência na área transicional de experiência, os fenômenos da contratransferência passam a ser compreendidos como parte do trabalho psíquico do analista com o psiquismo do paciente. Reclamar um discernimento claro entre subjetivo e objetivo, ou uma exigência de objetividade pura, implicaria em romper o trabalho psíquico em processo, ou acabar com a brincadeira.

De fato, essa é uma proposta de modelo psicanalítico contemporâneo, que vai mais além do modelo de conflito intrapsíquico, o qual deu e continua a dar suporte para a clínica de funcionamentos neuróticos, a partir da análise da transferência por eles gerada no encontro psicanalítico; isto é, o modelo freudiano ou o modelo dos sonhos (Celes, 2010). A criação de um modelo “pós-freudiano” desloca o foco do objeto psíquico para uma perspectiva cada vez mais relacional. Essa mudança de perspectiva é convidada pelo objeto mesmo desse modelo contemporâneo, que são funcionamentos não-neuróticos, na análise de crianças e das psicoses, o qual acentua a importância do ambiente, na contratransferência, na disponibilidade do analista e em sua capacidade de atender a necessidades específicas, encontrando os limites da analisabilidade.

Para Franco (2003), a transicionalidade descrita por Winnicott, presente no pensamento clínico, possibilita um tipo de “racionalidade alargada”, capaz de abranger o imprevisível e o absurdo. Na área transicional, os fenômenos obedecem a uma lógica não clássica. Tanto o espaço quanto o tempo são descontínuos, permitem a transição

com uma espacialidade e realidade não convencionais. Presentes indissociáveis do processo clínico psicanalítico, a incerteza, o subjetivo e o paradoxo tornam-se tanto objetos de estudo quanto mecanismos para a investigação. Assim, a psicanálise não deixa de cumprir com o rigor ao elaborar teorias precisas, originadas da investigação metodológica na prática clínica.

Para retornar à questão do enquadre, examinaremos brevemente a noção de “enquadre diferenciado”, segundo proposta por Aiello-Vaisberg (2004), como possibilidades do fazer analítico que ultrapassam o dispositivo padrão recomendado na técnica analítica clássica (método neurótico ou “do sonho”, Celes, 2010). A partir do gesto pioneiro de Ferenczi, a ampliação do dispositivo analítico buscou incluir nas possibilidades de cuidado da psicanálise pessoas cujo sofrimento não se limitava à esfera da neurose, passível de ser abordada apenas em termos do funcionamento intrapsíquico. Uma das maiores contribuições para a versatilidade do método psicanalítico veio do trabalho de Winnicott, inspirado diretamente pelo trabalho de Séchehaye. Aiello-Vaisberg (2004) apresenta o conceito de *realização simbólica* de Séchehaye, o qual favoreceu grande parte das adaptações de técnica realizadas e teorizadas por Winnicott. Segundo Séchehaye (1954, citada por Aiello-Vaisberg, 2004):

As interpretações psicológicas, fenomenológicas, existencialistas e mesmo psicanalíticas dos ‘mundos esquizofrênicos’, ainda que sejam ricas e frutíferas para uma compreensão mais aprofundada dos doentes, não nos fornecem a chave para uma ação propriamente terapêutica. Ainda que melhor preparados para decifrar o simbolismo do delírio e das alucinações dos esquizofrênicos, permanecemos quase completamente desarmados para curar tais sintomas. Há um hiato impressionante entre nossa capacidade de compreensão dos processos esquizofrênicos e a incapacidade de construir uma psicoterapia sobre a base desta mesma compreensão (...).

[Na psicoterapia da psicose], o psicoterapeuta, em lugar de obrigar o esquizofrênico a se submeter à realidade (como se costuma fazer quando lida com o paciente neurótico), esforçar-se-á, ao contrário, para lhe apresentar uma nova realidade, aquela mesma realidade que, se tivesse ocorrido em sua infância, ter-lhe-ia poupado do traumatismo. Somente assim o esquizofrênico ousará reviver o acontecimento capital de sua infância, não sobre o plano transferencial simples, mas sobre um plano transferencial corrigido, acomodado, adaptado pela psicoterapeuta ao estado de fraqueza deste ego psicótico. De fato, não será mais o indivíduo que se adaptará ao mundo exterior: será o mundo exterior que se adaptará, que se fará na medida do paciente (p. 9).

Para Séchehaye, a adaptação do enquadre analítico à “medida do ambiente” promove uma “realização” do que era apenas realidade psíquica do psicótico na

espacialidade e temporalidade do enquadre. O psicótico poderá, então, reviver o acontecimento, “no quadro de uma *reparação* da realidade e de uma realização pré-simbólica mágica de sua necessidade” (Séchehaye, citado em Aiello-Vaisberg, 2004, p. 9, grifo nosso). Antes de exigir que uma pessoa psicótica possa mostrar-se “bem-comportada” e aceitar a realidade externa, essa alteração do enquadre analítico busca modificar a realidade e substituí-la por uma que satisfaça necessidades fundamentais, isto é, não relacionadas aos instintos ou ao ego, mas sim aos “fundamentos do início da existência” (*daseins-wandlung*).

Aiello-Vaisberg (2004) afirma ainda que, embora sensível e inovadora, a proposta de Séchehaye não chega a se apresentar como teoria satisfatória para uma nova proposta de clínica. Segundo Safra (2005), Séchehaye parece defender a necessidade de introduzir uma realidade como experiência, quando algo a mais do que isso também se passou no processo analítico feito com a paciente esquizofrênica. De fato, a analista propiciou a “abertura das portas da realidade” através do reconhecimento da paciente por um outro, da relação subjetiva com ela, de levar em plena consideração sua realidade psíquica, antes de introduzir o mundo dos objetos como “objetivamente percebidos”. Essas são operações psíquicas, presentes no cuidado feito pela analista e tornadas “reais” através da experiência do cuidado.

O trabalho de Séchehaye foi de grande importância, seguindo os traços já iniciados por Freud e Ferenczi, no que culminou na teoria de Winnicott sobre as psicoses, sobretudo na ideia do *setting* como “encontro com a regressão à dependência absoluta” (1964/2005) e seu conceito de transicionalidade (1971/1975). Para Winnicott, o trabalho clínico na psicose não seria, como proposto por Séchehaye, uma tarefa inicialmente simbólica, mas a criação das condições de possibilidade para o símbolo, através da experiência emocional com um ambiente facilitador do amadurecimento. Oferecer e, efetivamente, ser esse ambiente é fator essencial para a clínica da psicose, na provisão para as necessidades do psicótico, assim como Winnicott aprendeu do cuidado materno na primeira infância.

O presente trabalho busca chegar às adaptações não da técnica psicanalítica, mas do ambiente de cuidado às necessidades das crises que acolhemos, seja esse ambiente

composto pela terapia, pela família, o hospital ou o atendimento psiquiátrico, social *etc.*, segundo a proposta de Winnicott.

1.4 Apresentação dos capítulos

O trabalho é organizado em nove capítulos, com o primeiro sendo a presente introdução. O segundo capítulo, “*Cuidado e crise psíquica grave*”, é uma apresentação dos conceitos criados no Gipsi para o cuidado às primeiras crises psicóticas, ou crises psíquicas graves, em especial: gerenciamento, acolhimento, crise e a expressão “do tipo psicótica”. A partir dessa apresentação, buscamos introduzir elementos da psicanálise de Winnicott que nos auxiliam a pensar os conceitos da clínica do Gipsi, notadamente a noção de doença mental e psicose segundo a qual a enfermidade mental é um tipo de imaturidade emocional, e a correspondente ideia de que a clínica cria um ambiente para acolher a dependência. Buscamos, portanto, encontrar a ideia de gerenciamento de crise com a criação de um ambiente de cuidado, a ideia “do tipo psicótica” com a noção de psicose em Winnicott, bem como o conceito de crise com o de dependência.

No terceiro capítulo, “*Capacidade para o cuidado*”, partimos para um aprofundamento no exame da capacidade para o cuidado, a partir de contribuições de Klein e Winnicott. A posição depressiva é apresentada, sobretudo em relação ao processo emocional que leva até a capacidade de reparação. Examinamos a proposta de Winnicott compreender o comportamento real da mãe no cuidado infantil, em vez da compreensão dos fenômenos em termos predominantemente intrapsíquicos, como era o caso em Klein. Dessa maneira, a agressividade primária se desvincula do sadismo ou da inveja, manifestações do instinto de morte, e passa a ter um caráter de vitalidade e força, que depende da tolerância e sobrevivência da mãe para o desenvolvimento da capacidade psíquica para se preocupar (*concern*), o reconhecimento da alteridade e o trabalho construtivo. Por último, examinamos a experiência criatividade primária e da ilusão, que dá origem aos fenômenos transicionais e à possibilidade do brincar e do que denominamos transicionalidade.

No quarto capítulo, “*Ambiente e metapsicologia do cuidado*” apresentamos a metapsicologia do cuidado, de Figueiredo (2012), uma teoria geral do cuidar, constituída a partir das teorias de diversos psicanalistas e filósofos. Nós buscamos

retraçar os paralelos que Figueiredo propõe de sua teoria com a de Winnicott. As figuras de alteridade são compreendidas como modos da presença implicada, funções do cuidado, complementados pela noção de “presença reservada”, a qual é descrita no capítulo. Por fim, incluímos a ideia de mutualidade nos cuidados que possibilita a comunicação e a capacidade para cuidar de si e, conseqüentemente, também dos outros (o terapeuta incluído).

No quinto capítulo, “*Psicose e fracasso ambiental*”, apresentamos alguns dos elementos cruciais da teoria da psicose de Winnicott: o trauma e a intrusão ambiental na experiência de agonias primitivas. Examinamos como Winnicott entende essas agonias impensáveis vivenciadas na forma de ansiedades psicóticas e outras distorções, que pertencem não apenas ao indivíduo, mas ao conjunto ambiente-indivíduo, por terem sido vividas na época da dependência absoluta. Algumas dessas distorções são investigadas com relação ao fracasso de cuidado da qual derivam. Por último, apresentamos a ideia winnicottiana de necessidade de um colapso das defesas e a relacionamos com a ideia de crise psicótica, utilizada no Gipsi.

O sexto capítulo, “*Clínica da psicose*”, procura investigar as características do ambiente de cuidado necessário para superar as dificuldades presentes na psicose, descritas no capítulo anterior. A ideia é que o ambiente de cuidado possa reparar as falhas do ambiente traumático original, ao oferecer um espaço potencial de experiência, a sobrevivência do ambiente à precipitação do colapso das defesas e a experiência total de cuidado como experiência de transformação da agressão não-integrada ou da agressividade reativa em capacidade de preocupação (*concern*) e possibilidade de contribuição construtiva com o ambiente.

O sétimo capítulo, “*O uso do pensamento de Winnicott no manejo das crises psicóticas no Gipsi: algumas contribuições*” atenta às qualidades específicas do cuidado feito pelo Gipsi e busca relacionar as características da clínica da psicose em Winnicott com a descrição de um manejo analiticamente orientado das crises psicóticas. Para isso, constituímos uma compreensão do gerenciamento de crises como criação de um ambiente múltiplo de cuidado, preocupado e transicional, nos espaços terapêuticos específicos (individual e familiar), nas supervisões clínicas, no trabalho social e territorial, nos atendimentos psiquiátricos e outros espaços criados pela clínica do grupo.

O oitavo capítulo são considerações finais, uma apresentação geral das principais contribuições do trabalho, relacionadas à hipótese e aos objetivos apresentados na introdução, e o nono capítulo são as referências bibliográficas completas utilizadas no trabalho.

2 Cuidado e crise psíquica grave

Costa (2014) nos convida a pensar em psicopatologia através da noção de *sofrimento psíquico*: experiências com a existência e com a dor nas quais se elevam as perturbações e os desassossegos, na esfera emocional, da linguagem, da relação consigo mesmo e com os outros. Esse autor prefere o termo *psíquico* em vez de mental (Costa, 2014) para remeter a algumas das concepções originárias da palavra *psique*, como alma ou espírito, e nortear o sentido do cuidado que propõe à sua clínica rumo ao que pertence ao humano e sua postura diante dos perigos e possibilidades da vida.

Retomando também o sentido original de *pathos*, Costa (2014) nos lembra que é a qualidade do excesso, apaixonada, a intensidade vivida no “patológico” o que transborda os modos humanos de posicionar-se diante da angústia, convidando a terapêutica e o cuidado. O modo do humano posicionar-se perante seu ser e o ser dos outros é fundamentalmente marcado pela angústia, o que pode chegar até o exagero de vivências patológicas. Diz Costa que os modos patológicos, ou apaixonados, “atestam nossa permanente *dependência* ao Outro” (2014, p. 55, grifo nosso).

Costa (2003) usa o construto *sofrimento psíquico grave* em referência às manifestações comumente relacionadas aos transtornos mentais, à psicose e seus correlatos (transtorno psicótico, esquizoidia, esquizofrenia *etc.*) como mote filosófico e ético para contribuir com a transformação do modo no qual pessoas envolvidas com o cuidado (psicólogos, assistentes sociais, familiares, professores) manejam as crises psíquicas mais graves. O qualitativo *grave* tem o objetivo de enfatizar a intensidade do sofrimento presente na crise, resgatando “a dimensão contígua de todo sofrimento humano, de um extremo suportável a outro desorganizado” (Costa, 2014, p. 60).

Quando nos aproximamos de um sofrimento humano próximo ao extremo do desorganizado, então encontramos também uma efetiva função “desorganizadora” na crise, não apenas para a pessoa que sofre, mas também para os outros envolvidos em cuidar dela. A intensidade presente no sofrimento afeta e desorganiza as reservas usuais de cuidado e exige uma transformação, tanto da postura (ética) de quem cuida, quanto

da forma como mobiliza suas reservas para decidir o que fazer (técnica) diante da intensidade do sofrimento.

A partir desse olhar, do sofrimento psíquico grave, Costa nos convida ao desafio filosófico, psicológico e profissional de buscar superar as classificações nosológicas tradicionais na busca de modos para compreender as condições do sofrimento humano para além de seus sintomas. O autor procura igualmente propor estratégias de cuidado diante das intensidades, acolhendo as desorganizações em um caminho rumo a novos modos de existências diante da dor, mais “suportáveis” e, quem sabe, até mais felizes e criativos.

O cuidado se transforma de uma postura em um fazer a partir de sua efetiva vivência, e, no caso de Costa (2010; 2013a; 2014), a vivência privilegiada é a clínica das crises “do tipo psicótico”, ou crises psíquicas graves, feita no Gipsi. O grupo foi criado no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília em 2001; hoje configura-se como programa de extensão de ação contínua do Departamento de Psicologia Clínica (Costa, 2014); é formado pelo coordenador, estudantes auxiliares de pesquisa, estagiários e profissionais voluntários de várias áreas do conhecimento (psicologia, terapia ocupacional, enfermagem, psiquiatria, filosofia, educação, antropologia, entre outros), além de pesquisadores de iniciação científica, bacharel, mestrado e doutorado.

Os membros organizam-se em uma equipe multidisciplinar (Costa & Mano, 2013) e criam, em seu cotidiano, diferentes espaços para a clínica, supervisão e pesquisa, integrados na criação de uma nova proposta de intervenção precoce na psicose. Costa (2013a) mantém esses termos – “intervenção precoce” e “psicose” – para questionar posturas e transformar práticas desde a própria clínica, com a ajuda do construto do sofrimento psíquico grave, da ideia de crise psíquica grave e da opção por “do tipo psicótico” nas ações clínicas feitas no Gipsi, além da transdisciplinaridade e outras contribuições teóricas e clínicas de membros pesquisadores do grupo.

A seguir, apresentamos uma descrição do funcionamento do grupo e de sua proposta de cuidado à psicose, na criação de espaços múltiplos de ações integradas em um ambiente amplo de cuidado.

2.1 Intervenção precoce nas primeiras crises do tipo psicótica: a experiência do Gipsi.

O Gipsi foi criado a partir da insatisfação com os serviços existentes na realidade da atenção à saúde mental, principalmente nas esferas que atendem as urgências e emergências “psiquiátricas”, a atenção “à psicose e transtornos correlatos”, fenômenos humanos os quais ora buscamos compreender como crises psíquicas graves ou crises psicóticas. Diferentemente da maior parte dos grupos de intervenção precoce nas psicoses, o Gipsi é composto por equipe interdisciplinar que acolhe pessoas em primeiras crises psicóticas e com suas famílias já desde o primeiro contato. Essa organização do grupo permite um deslocamento do modelo hospitalocêntrico ou biomédico, favorecendo a descentralização dos saberes e dos lugares sociais de acolhimento às crises que se coaduna com os objetivos da reforma psiquiátrica brasileira (Grigolo, 2010).

A intervenção no Gipsi busca reorganizar o ambiente da pessoa em crise, isto é, sua família, o serviço de saúde mental e a unidade social mais próxima, de tal forma que as pessoas que compõem esse ambiente tornem-se capazes de cuidar, mesmo que diante da desorganização ou da destrutividade. O cuidado ao indivíduo e seu ambiente abandona uma compreensão estritamente individual (mental ou cerebral) da psicose para evitar um destino repetido no tratamento tradicional à psicose, que é a hospitalização compulsiva do indivíduo, crise após crise, no processo que leva a rígida inibição de funções psíquicas (percepção, julgamento, memória, relação com os outros *etc.*); nomeadamente, a esquizofrenia. Nessa concepção, cuidar não é eliminar sintomas e evitar recaídas, mas possibilitar estratégias individuais e ambientais para que mesmo as crises mais graves sejam superadas.

O objetivo geral do grupo é “atender de forma diferenciada pessoas que experienciaram a crise pela primeira vez [isto é, ainda não “cronificadas”] e que necessitam de um atendimento mais humanizado” (Costa & Mano, 2013). Dentre os objetivos específicos (Costa, 2014), estão: 1) reconhecer e identificar indivíduos que estejam experienciando sintomas ditos como psicóticos; 2) desenvolver novos tipos de intervenções de acolhimento e cuidado; 3) as intervenções são baseadas nos recursos

existentes em cada paciente e em sua família e 4) integrar a formação, a pesquisa e a clínica de pacientes em sofrimento psíquico grave.

Os objetivos presentes nesta proposta de tese foram desenvolvidos para contribuir com os objetivos do Gipsi, buscando localizar, no pensamento de Winnicott, concepções que auxiliam a reconhecer indivíduos com problemática psicótica, acolhê-los e trabalhar com os recursos disponíveis em sua realidade para transformar seu ambiente. Buscamos, com esta pesquisa, contribuir com a reserva de estudantes e profissionais do Gipsi em sua tarefa de cuidado.

2.2 Acolhimento implicado e espaços de cuidado no Gipsi

O Gipsi trabalha com o conceito de crise em vez de termos como surto ou episódio. A ideia de crise comporta algo do sofrimento que é humano, inevitável, embora superável ou temporário. Tavares e Werlang (2012) nos alertam que, na crise psíquica, os recursos necessários para dar solução à complexidade ou à intensidade do sofrimento foram perdidos ou ainda não acessados, não adquiridos, não desenvolvidos ou demandam uma capacidade não consolidada. Nem toda crise é necessariamente um momento de risco, mas conduz à mobilização do ambiente para ajudar ou facilitar a criação desses recursos. Se o ambiente não for capaz de facilitar esse processo, a consequência de uma crise psíquica pode ser uma perda significativa de autonomia e liberdade (Tavares & Werlang, 2012).

Uma das concepções utilizadas no Gipsi para o cuidado das crises é o gerenciamento de caso (*case management*, Queiroz 2012, citado em Costa, 2013a), uma abordagem que coordena as ações dos profissionais de uma equipe na provisão dos cuidados necessários ao atendimento de uma pessoa em crise e sua família. Quando profissionais de vários campos de atuação trabalham em conjunto em um caso de crise, podem identificar diferentes naturezas de necessidades envolvidas, buscar em suas próprias profissões reservas disponíveis ou passíveis de serem criadas e planejar como essas reservas podem encontrar as necessidades, tendo como referência o fator do tempo, da urgência e dos riscos envolvidos. O gerenciamento de crise tem, portanto, a tarefa de

integrar, em suas ações, a complexidade (grande número de fatores), a imprevisibilidade e a singularidade de uma crise psíquica e a disponibilidade real dos agentes de cuidado.

No gerenciamento de crises psíquicas do Gipsi evidencia-se um dos princípios orientadores para uma nova postura diante da crise, que é o acolhimento implicado da crise (Silva & Costa, 2013). O acolhimento no Gipsi é o primeiro encontro realizado da equipe clínica com uma pessoa em crise e sua família. Esse primeiro momento é a abertura de um espaço de encontro possível, no qual a complexidade crescente efetivamente mobiliza reservas de cuidado, concretizadas no que os terapeutas proveem às necessidades que identificam em cada caso.

O acolhimento implicado é um evento temporal e espacial, primeiro espaço teórico do ambiente de cuidado do Gipsi, um encontro com a pessoa em crise e sua família, que pode ser feito no ambulatório da clínica escola, ou mesmo em visitas domiciliares ou no território do paciente, a depender das necessidades presentes no caso (mobilidade urbana, condição socioeconômica, complicações pertinentes às características emocionais e relacionais da crise, riscos, agravos *etc.*). Os casos do Gipsi são acolhidos principalmente segundo duas formas de entrada:

1. *Formulário de encaminhamento*: um documento onde registrar uma descmiliares está disponível para a rede de saúde mental do DF (centros de atenção psicorição breve da crise e informações gerais de contato da pessoa em crise e seus fassocial, hospitais, setores de saúde da universidade *etc.*), adicionalmente a panfletos com breves explicações sobre o que é a crise psíquica, o que é psicose e como encontrar o Gipsi². Profissionais que identificam pessoas em crise psíquica grave podem encaminhar formalmente essas pessoas para uma avaliação do grupo, através do formulário entregue em mãos para um membro do grupo ou via correio eletrônico ao coordenador. Na supervisão, o caso é apresentado ao grupo e uma dupla de terapeutas é designada para agendar o acolhimento com a família.

² A divulgação do trabalho do Gipsi para a comunidade do DF é importante para o grupo, que se esforça em realizar eventos públicos, como palestras, atividades culturais e ações com instituições de saúde mental e militância política antimanicomial.

2. *Telefone de crise*: para casos mais urgentes, um telefone celular comum é mantido sob responsabilidade de uma dupla de terapeutas plantonistas a cada semana. O número do telefone é igualmente divulgado em instituições de saúde mental e na comunidade do DF. Assim, profissionais, pessoas em crise, familiares ou amigos podem fazer chamadas para solicitar orientação telefônica diante de crises psicológicas, a qualquer momento. A dupla de plantonistas recebe as demandas e busca orientar o caso, com o suporte do grupo via telefone, mensagens de texto ou na supervisão. O grupo respeita sempre o sigilo e não comunica por texto informações pessoais dos casos, os quais comumente são referidos apenas pelas iniciais. Via telefone, com a própria pessoa em crise ou quem quer que tenha ligado para o telefone de crise, os plantonistas fazem uma breve avaliação de risco (de agressão, suicídio ou risco social), de urgência/emergência e da possível necessidade da mobilização de serviços adequados às demandas, incluindo (mas não limitados a): a visita domiciliar (agendada ou de urgência), o acionamento da polícia, o SAMU ou do corpo de bombeiros (preferencialmente em conjunto com a visita dos plantonistas do Gipsi) ou o agendamento do acolhimento.

No acolhimento implicado (Silva & Costa, 2013), a pessoa em crise e sua família são recebidos para um encontro de uma ou duas horas na clínica escola da universidade ou na residência da família. A primeira tarefa do acolhimento é sustentar a vivência da crise tal como ela aparece inicialmente. Essa sustentação aproxima-se da concepção de *holding* proposta por Winnicott (1983): o ambiente assume uma responsabilidade diante da pessoa em crise, cujo sofrimento transborda as reservas individuais e sociais existentes, numa qualidade intensa e desorganizada. A responsabilidade assumida por esse novo ambiente – os dois terapeutas no espaço do acolhimento, mais os familiares com o apoio dos terapeutas e o grupo presente em reserva na supervisão – envolve reconhecer as necessidades da pessoa em crise, depois de sua família e unidade social, prover recursos para essas necessidades e facilitar o amadurecimento ao viver a intensidade máxima da crise. Usando os recursos no ambiente transformado, o acolhimento é o primeiro espaço que busca sobreviver à crise sem que o indivíduo precise dela novamente, nem da mesma forma.

O acolhimento no Gipsi não é uma entrevista, triagem ou avaliação psicodiagnóstica, nem tampouco pretende rotular indivíduos em crise segundo seus sintomas ou identificar estruturas psicopatológicas. Ali, o terapeuta desempenha a tarefa dupla de avaliar e cuidar ao mesmo tempo, compartilha com a pessoa em crise e sua família de conhecimentos sobre o sofrimento, sobre a crise sendo vivenciada.

Dentre as qualidades do acolhimento está a implicação, por parte do terapeuta, em oferecer sustentação para o sofrimento da pessoa em crise, de modo que as ansiedades possam ser minimamente suportáveis, relatáveis e compartilháveis. A abertura do terapeuta, sua disponibilidade emocional de afetar-se com os sofrimentos presentes na crise, combinada com seus conhecimentos sobre o sofrimento psíquico, mantidos em reserva, fornecem os elementos que, posteriormente, durante a supervisão clínica, nortearão as primeiras decisões terapêuticas. É a convocação da disponibilidade material e psíquica dos terapeutas para buscar encontrar a crise o que possibilita o início de alguma partilha dos “excessos” presentes na crise.

Após o acolhimento, os terapeutas em supervisão clínica apresentam seus pensamentos e sentimentos, organizados como uma breve construção acerca das principais necessidades presentes na crise. A partir dessa construção, o grupo decide pela aceitação ou não do caso. Quando, na supervisão, o grupo entende que as necessidades do caso dependem de recursos que não são disponíveis no grupo, como a presença de complicações neurológicas ou toxicológicas graves, histórico de hospitalizações prolongadas ou recidivas recorrentes, ausência de uma rede familiar disponível para o cuidado, ou qualquer outra demanda fundamental que o grupo se revele incapaz de sustentar, então a rede de serviços de saúde mental da região do paciente é acionada, de modo a encontrar o ambiente mais bem-adaptado às necessidades presentes no caso, para onde este pode ser encaminhado.

Se o caso for aceito, segundo as reservas atualmente disponíveis no grupo, são destacados inicialmente um terapeuta individual e dois terapeutas familiares. Outros espaços de cuidado são gradualmente abertos, segundo as necessidades identificadas pelos terapeutas (avaliação psiquiátrica, atendimentos domiciliares, articulação com agentes de cuidado na comunidade, no trabalho ou na escola *etc.*).

As decisões da supervisão são igualmente amparadas pelas discussões do grupo em dois espaços terapêuticos e acadêmicos voltados especialmente para o cuidado às reservas emocionais e teóricas do grupo, as assim chamadas *oficinas*. A *oficina metodológica* é uma reunião em um momento à parte das supervisões, realizada na universidade com periodicidade segundo as necessidades do grupo, destinada a estudar aprofundadamente um tema que se revela crucial na clínica, como, por exemplo, a definição de abuso de drogas como critério de exclusão do caso no grupo, ou o treinar os terapeutas em algum instrumento importante, como o genograma, o ecomapa, o registro de sessão, entrevistas familiares, *etc.* Cada oficina metodológica gera, então, documentos com as decisões tomadas, os quais indicam parâmetros para ações de cuidado e formam uma história das discussões e escolhas teórico-clínicas do grupo. Algumas questões que não puderem ser aprofundadas nas oficinas metodológicas podem ser convertidas em grupos de estudo, com reuniões de participação voluntária e bibliografia variável, ou ainda transformadas em problemas de pesquisa para projetos científicos.

A *oficina vivencial* é uma reunião realizada uma vez por semestre, preferencialmente em um final de semana e fora da universidade (na casa de algum dos membros do grupo), onde se acolhem e elaboram especialmente conflitos emocionais entre os membros do grupo ou com casos em específico. As conversas funcionam como em uma rodada em que todos são convidados a falar, de modo claro e íntimo, de seu ponto de vista sobre a clínica e a vivência no grupo. Ao final do dia, sugestões e posturas éticas são tomadas para proteger a integração do grupo, desobstruir canais de comunicação, reorganizar os lugares e papéis de cada membro e procurar antecipar vias comuns de conflito que se constituem na clínica. A frequência de todos os membros do grupo às oficinas é obrigatória. Todos esses espaços são maneiras de fomentar a criatividade e liberdade do terapeuta, ao mesmo tempo em que cria e nutre reservas psíquicas (conhecimento teórico, suporte emocional, elaboração de angústias) para o cuidado nas crises.

2.3 Psicose e crise do tipo psicótica: elaborações com Winnicott

Como podemos ver desde o nome do grupo até as práticas da equipe, a palavra “psicose” é usada na condição de questionar os conceitos a ela associados. Costa (2003, 2010) afirma que, do ponto de vista filosófico e científico, “psicose” é um conceito impreciso, utilizado em uma polissemia que pode contribuir para algumas das arbitrariedades presentes no modelo tradicional de tratamento em saúde mental.

Um dos principais problemas é a noção de fenômeno elementar, presente nas ideias de “signo patognomônico”, na proposição de um ou mais sintomas ou sinais essencialmente psicóticos, ou uma estrutura de personalidade específica, uma “doença mental” ou cerebral, enfim, uma compreensão que toma uma pessoa “psicótica” como fundamental e irremediavelmente diferente das outras, ditas “normais”. Nessa perspectiva, se uma pessoa manifesta, durante uma crise psíquica, algum desses supostos fenômenos elementares (usualmente alucinação auditiva, ideia delirante, comportamento desorganizado, “embotamento afetivo” ou paranoia estruturada, por exemplo), então a possibilidade de cuidado limitar-se-ia a intervenções medicamentosas de controle, diríamos de cunho quase “paliativo”, de manejo de sintomas e agravos, já que a doença ou estrutura não pode ser modificada, não tem “cura”.

A imprecisão no conceito de psicose e o conseqüente modelo “ineficaz” de tratamento vêm questionados na elaboração de uma intervenção que busca localizar as alterações terapêuticas necessárias também no *ambiente* da pessoa em crise e não em uma sua estrutura interna não exatamente localizável ou modificável. Ao buscar adaptar o ambiente a necessidades emocionais e sociais identificadas na pessoa em suas primeiras crises graves, não impedimos outras disciplinas de buscarem a seus próprios modos contribuir com o tratamento da psicose, mas tentamos oferecer cuidado de modo que um diagnóstico individual de doença psicótica incurável não seja o centro da vida emocional do paciente.

Por essas razões, o Gipsi usa o termo “do tipo psicótico” para questionar a ideia de um fenômeno elementar, propondo que o específico da crise é a intensidade e potencialidade desorganizadora do sofrimento, tanto para o indivíduo quanto para seu ambiente. O grupo refere-se a algumas das qualidades da crise psíquica grave para

nortear o acolhimento e sensibilizar os terapeutas: distanciamento do mundo compartilhado; intenso medo de ser perseguido sem razões aparentes ou lógicas; estranheza na fala ou nos hábitos; inibição das atividades e/ou da afetividade; localização no mundo externo de falas ou julgamentos que outras pessoas não percebem (não veem, não ouvem); outros medos absurdos ou incompreensíveis, enfim, toda uma miríade de vivências humanas usualmente presentes apenas em sonhos (ou pesadelos) aparecem de modo assustadoramente vivo na crise grave. Essas vivências podem ser devastadoras, mas são inegavelmente humanas. Na crise, são alterações percebidas pelo paciente ou pela sua família e comumente recebem, em uma avaliação psiquiátrica, o nome de sintomas psicóticos, positivos ou negativos, ou “pródromos” de psicose (N. Carvalho & Costa, 2008; Costa, 2013)³.

Pretendemos contribuir com o critério diagnóstico e terapêutico do Gipsi a partir de uma leitura da teoria da psicose de Winnicott. Segundo ele (1952/1989): “ao observarmos as crianças, vemos de novo a gradação natural que vai dos predicamentos comuns da natureza humana até as doenças psicóticas. Essas doenças psicóticas não representam mais do que exageros aqui e ali, não implicando qualquer diferença essencial entre a sanidade e a insanidade” (p. 382). Essa afirmação se coaduna com a proposta de Costa a respeito da psicopatologia, pois põe em evidência a gradação que vai do que é comum até o exagero da patologia, sem fazer diferenças essencialistas ou estruturalistas de uma personalidade especificamente psicótica e outra não-psicótica.

De fato, encontramos, em um rodapé, a seguinte afirmação de Winnicott (1959-1964/1983):

Reconheço que a palavra ‘psicose’ apresenta muitas dificuldades. De certo modo, estou reivindicando um significado para essa palavra no momento em que muitos gostariam que ela fosse abandonada. Sugiro, contudo, que esse termo ainda possa ser empregado para designar a desordem emocional (*emotional disorder*) que não está incluída nos termos neurose ou depressão neurótica. Sei que, em psiquiatria, o termo psicose é usado para descrever várias síndromes que têm base física. Essa é outra

³ Na linguagem psiquiátrica, esses fenômenos são denominados *prodrômicos*, para o caso de manifestações sem bastante intensidade para preencher os critérios diagnósticos da psicose e que podem ou não chegar à intensidade para configurar um transtorno psicótico franco; ou do *primeiro episódio psicótico*, para o caso de manifestações que sejam, de fato, sintomáticas, preencham os critérios diagnósticos e sejam vivenciadas pela primeira vez na vida do paciente, muito frequentemente na adolescência ou início da vida adulta. Essas são concepções centrais para o modelo tradicional de intervenção precoce na psicose (N. Carvalho & Costa, 2008).

fonte de confusão. Não vejo, contudo, como se pode lucrar inventando uma palavra nova (p. 120).

O autor segue, portanto, utilizando a palavra “psicose” para permitir uma continuidade no desenvolvimento de conceitos psicanalíticos, especialmente com teorias do desenvolvimento emocional e da primeira infância. Para Winnicott (1959-1964/1983), “psicose” indica que um indivíduo não foi capaz de atingir um grau de maturidade, em seu desenvolvimento, que faça sentido em termos de complexo de Édipo, ou que seu psiquismo tem fraquezas importantes, as quais se revelam quando o indivíduo deve confrontar tensões relacionadas ao conflito edípico, notadamente a ambivalência entre amor e ódio numa situação triangular entre pessoas inteiras (usualmente, mãe, pai e filho) e a ansiedade de castração. Assim sendo, a psicose entra em questão quando nem a ambivalência e nem a ansiedade de castração podem ser sentidas, já que o psiquismo falha em formar um todo unificado, em relacionamento com pessoas totais, separadas.

Segundo Winnicott (1952/1982), os fenômenos que acontecem em etapas primitivas do desenvolvimento emocional, isto é, nos momentos iniciais da vida do bebê, quando o existir como entidade separada ainda não é possível, esses fenômenos referem exatamente àqueles que aparecem no estudo da psicose do adulto, nos assim chamados estados esquizofrênicos, esquizoides, paranoides e nas defesas organizadas contra a confusão, a irrealidade e a futilidade. Em sua obra, Winnicott nos lança nos caminhos por ele percorridos para estudar o desenvolvimento emocional primitivo a partir da condição originária de dependência absoluta que marca a vida humana. Ao lançar até a perspectiva de um bebê de poucos dias de vida, o analista nos relembra que, no início, o indivíduo não é a unidade, mas sim o conjunto meio ambiente-indivíduo (Winnicott, 1952/1982).

Existe, no pensamento de Winnicott, uma consideração muito grande pelo fator da temporalidade (Safra, 1999), crucial no estudo sobre o desenvolvimento humano (por exemplo, na pediatria) e também no manejo da crise psicótica. O autor insiste na qualidade gradual dos processos no início da vida e no desenvolvimento desde a dependência, relacionada ao desamparo originário, rumo à independência, horizonte do amadurecimento humano. Outro fator em evidência é a questão do ambiente que, ao

reconhecer a seriedade da condição de dependência, organiza-se na forma de uma unidade ambiente-indivíduo, a partir da qual o indivíduo pode emergir e criar uma realidade externa. Se essa emergência do indivíduo se dá na dimensão da confiança ou da desconfiança, na integração ou na insegurança, na previsibilidade ou no caos, essas são qualidades adquiridas dentro do conjunto ambiente-indivíduo. Se tudo vai bem, o ambiente adapta-se às necessidades do indivíduo através da identificação com ele.

Essa descrição da tarefa do ambiente ao identificar-se com o indivíduo aproxima-se da descrição que fizemos acima das tarefas do “gerenciamento de caso”: identificar as necessidades e mobilizar reservas ambientais adequadas às necessidades, com o fator tempo em questão. Winnicott (1952/1982) defende que a psicose pode ser acolhida e cuidada em um ambiente organizado para esse fim.

O particular relacionado à psicose é quando, no desenvolvimento do indivíduo, o ambiente fracassa com a identificação no início. Ser *idêntico* demanda, seguramente, muito trabalho e sacrifício e não está longe de ser uma tarefa quase impossível, a qual, contudo, é cumprida de modo bastante satisfatório por tantas famílias em todo o mundo. A distorção psicótica, a qual aparece para o psiquiatra como se fosse uma característica do indivíduo, é, em Winnicott, a defesa organizada pelo indivíduo diante do fracasso ambiental na identificação primária. O indivíduo, assim separado precocemente, organiza defesas cuja qualidade remete à impensável agonia de um recém-nascido que não encontra o mundo ou não é por ele sustentado. Mecanismos primitivos sustentam essa organização defensiva, tão cara para o indivíduo quanto ele acreditar ser indispensável defender-se do fracasso do ambiente. Afinal, abrir mão dessas defesas significa expor-se à ansiedade decorrente do fracasso no narcisismo primário, insuportável e impensável, relacionado não com a castração, mas com a aniquilação.

No entanto, por mais importantes e rigidamente protegidas que sejam essas defesas primitivas, elas são insatisfatórias para dar conta dos fenômenos que se seguem no amadurecimento do indivíduo. Em um dado momento, seja na infância ou na fase adulta, a organização defensiva pode entrar em *colapso*, ameaçando expor plenamente a experiência impensável original. A possibilidade de um colapso das defesas confronta o indivíduo com uma situação aterrorizante, a emergência de uma ansiedade intensa, que

é igualmente uma manifestação de esperança, uma tendência à saúde e ao amadurecimento.

Essa é uma das ideias paradoxais presentes em Winnicott e nos auxilia a compreender a necessidade aparentemente “repetitiva” ou “compulsiva” de entrar em crise, episódio após episódio, como parte da saúde do indivíduo. A crise conchama o ambiente de cuidado no qual o cuidado pode se efetivar; no entanto, o cuidado depende do fracasso das defesas até então utilizadas, que é a crise.

O indivíduo em colapso, ou em crise, precisa ser cuidado para que novas defesas sejam desenvolvidas (Winnicott, 1959-1964/1983). Enquanto está “sem defesas”, encontra-se em uma condição análoga à do bebê: desamparado e dependente. Assim sendo, o cuidado necessário para a crise psicótica possui semelhanças importantes com cuidado materno: envolve aceitar o paciente com suas imaturidades atuais e acolher a dependência mais extrema, oferecendo a ele um ambiente que assuma as responsabilidades tal qual uma “mãe devotada comum” (Winnicott, 1966/1988). Como sugere Sousa (2003, citado em Moreno & Coelho Jr., 2012), “antes que a responsabilidade seja um assunto do sujeito que nasce, ela é assunto do ambiente que acolhe” (p. 718).

Passamos, a seguir, a uma proposta de leitura das ideias de colapso e dependência, em Winnicott, relacionadas às ideias de crise e cuidado advindas a partir da experiência no Gipsi, na criação do ambiente de cuidado adequado às necessidades próprias de crises psicóticas.

2.4 Crise e dependência: criação de ambiente múltiplo de cuidado

Dissemos acima que a crise psíquica é uma vivência diante da ausência dos recursos necessários para enfrentar uma situação complexa, sofrida, vulnerável e um risco de que “as coisas vão de mal a pior”. Examinaremos agora uma das propostas de Winnicott acerca da crise para entender sua relação com a dependência ambiental.

O autor (1962a/1983) define saúde como maturidade emocional, de acordo com a idade do indivíduo. A tendência inata do ser humano no sentido da integração e do

amadurecimento produz a saúde, desde que o ambiente possa facilitar o crescimento, fornecendo as bases sobre as quais as experiências emocionais se constituem. No início da vida, nos ajuda Safra (2004) em seu comentário sobre a obra de Winnicott, há um encontro originário da mãe (ou sua substituta, incluindo o pai) com o bebê que possibilita o nascimento dos fenômenos psíquicos, o estabelecimento de um si mesmo (*self*) e do sentido do ser. A condição desamparada do humano em sua origem depende de um ambiente que o recepcione e lhe ofereça cuidado. Esse cuidado não é, por parte do ambiente, fornecido por uma compreensão intelectual das necessidades do bebê, mas uma organização geral do mundo para identificar-se com ele e assim saber do que ele necessita e oferecer a ele aquilo que satisfaz suas necessidades.

A identificação do ambiente com o bebê passa, certamente, pelo fato de esse ambiente ser um grupo de humanos, usualmente uma mãe com o seu marido em uma família e grupo social mais próximo, cada qual tendo já vivido como bebê, tendo sido cuidado por um ambiente que o recepcionou e que, portanto, sabem já, de experiência, algo sobre a delicada precariedade do bebê e sobre as reservas do mundo externo que podem satisfazer necessidades instintivas (fome, sede, sono) e emocionais (confiança, previsibilidade, receptividade).

A provisão ambiental não é o que produz a saúde, mas é o que pode prevenir o sofrimento psíquico grave, ou no modo de dizer de Winnicott (1962a/1983), a doença mental psicótica ou esquizofrênica, na criança ou no adulto. Essa provisão se preocupa não apenas com a satisfação das necessidades instintivas, mas também em oferecer a reserva para que o indivíduo cresça com riqueza emocional, que se sinta valoroso e pertencente a uma comunidade. Isto se dá através de uma adaptação do ambiente que reconheça diferentes modos da dependência (Winnicott, 1962a/1983):

1. *dependência extrema*, ou absoluta, do desamparo original na qual o indivíduo ainda não existe desde seu próprio ponto de vista, nem tampouco é capaz de reconhecer a existência do ambiente;
2. *dependência relativa*, emergência de uma unidade individual minimamente integrada e que já é capaz de perceber que existe um ambiente externo;

3. *mesclas dependência-interdependência*, pertencem à fragilidade das aquisições psíquicas, que são adquiridas e perdidas muitas vezes antes de serem consolidadas;
4. *independência* no sentido de que o indivíduo doravante carrega as qualidades do ambiente em seu mundo interno (em seu psiquismo) e tornou-se capaz de cuidar de si mesmo e de outras pessoas e
5. *sentido social*, no qual o indivíduo sente que pode contribuir em uma comunidade que o reconhece e lhe auxilia a criar um destino social para tendências amorosas e agressivas. Em outras palavras, o indivíduo pode ele mesmo adaptar-se às necessidades do ambiente sem ter de abrir mão excessivamente de sua espontaneidade. Ou, ainda, do nosso ponto de vista, o indivíduo pode tornar-se pai de um novo bebê, ou psicanalista, psicólogo, psiquiatra *etc.*, interessado em identificar-se com alguém e prover para suas necessidades. Toda a experiência de sua vida o levou até um grau de amadurecimento no qual ele não somente é capaz de cuidar como também procura cuidado e o deseja.

Segue-se que a ideia de “doença psicótica” em Winnicott está relacionada a uma imaturidade emocional, ou o “congelamento” do desenvolvimento devido à necessidade de reagir a uma falha ambiental na dependência máxima e que, portanto, não pode ser compreendida apenas em termos da estrutura da personalidade do indivíduo. As defesas psicóticas são uma distorção daquilo que poderia ser natural para o humano: o sentido de ser é distorcido em um sentimento de futilidade ou irrealidade; o habitar no próprio corpo se transforma em uma sensação de estranhamento em relação ao corpo ou um sintoma psicossomático; algo da condição para o nascimento do psiquismo está faltando, como um alicerce frágil ou fragmentado.

Como a relação com o ambiente pode sempre fornecer novas chances de adquirir algo que foi perdido ou que não foi suficientemente consolidado, a maior parte das famílias consegue reparar as falhas do cuidado mais precoce. É a preponderância da marca do fracasso precoce do ambiente e a falha em “consertar as coisas” na infância o que estariam relacionados ao prolongamento de uma imaturidade emocional e à eclosão do colapso na forma de uma crise psicótica do adolescente ou do jovem adulto.

Se o adulto, através de uma crise, conclama o ambiente para acolher sua necessidade de dependência, a própria crise pode ser compreendida como uma

manifestação de suas tendências inatas de amadurecimento, rumo ao sentido social. A crise é uma busca para continuar o desenvolvimento desde onde e quando o indivíduo teve de parar de ser para se defender de um fracasso ambiental, que é a falha da disponibilidade do ambiente para acolher a dependência quando ela era máxima. Para continuar, ele precisa regredir. Quando, para o adulto, a necessidade de regressão à dependência vai até essa configuração do bebê nos braços da mãe, tampouco o adulto pode saber do que necessita, ou que existe no mundo algo que satisfaça uma sua necessidade. Uma das qualidades da crise psicótica é que o indivíduo é incapaz de sentir que suas necessidades podem ser satisfeitas, de confiar no ambiente ou de acreditar que no mundo existe algo adequado para ele.

Em uma crise psíquica tal como a compreendemos, não existem pistas óbvias sobre quais são as necessidades envolvidas, quais são as reservas necessárias, o que é preciso fazer ou dizer. Diante desse cenário, importa ter uma grande diversidade de reservas de cuidado, segundo compreende Figueiredo (2012), pronta para ser mobilizada segundo são manifestadas as necessidades do paciente. No entanto, mais do que planejar os detalhes do que deve ser oferecido a um paciente em crise, importa que o ambiente de cuidado esteja organizado de tal forma que exista sempre alguém com tempo e disponível para descobrir do que o paciente precisa (Winnicott 1962a/1983). De fato, Winnicott salienta que o cuidado a uma pessoa em crise, tal como o cuidado materno, envolve tipos vários de cuidado e cobre a área do que ele chama de cuidado à família e cuidado à pequena unidade social (Winnicott, 1963c/1983).

O trabalho exigido no cuidado à crise é justamente a criação de condições para poder depender da pessoa do terapeuta, quem permite que o paciente venha a constituir um si mesmo e um sentido de ser. O trabalho do paciente, certamente patológico se ele está em crise, envolve seus mecanismos psíquicos atuais, primitivos, angustiados, agressivos ou inibidos, a partir dos quais ele poderá criar para si um mundo psíquico possível, rumo ao amadurecimento que é sua própria tendência natural. Naturalmente, o terapeuta não pode sempre esperar encontrar alguém organizado e colaborativo em seu paciente em crise.

O pensamento de Winnicott nos leva a compreender a necessidade, perante a complexidade da crise, da criação de múltiplos espaços de cuidado como parte da

proposta terapêutica do Gipsi. Esses ambientes, organizados segundo o gerenciamento da crise e de acordo com a especificidade de uma equipe multidisciplinar, são integrados pela postura, de cada um dos profissionais e a partir de suas disponibilidades pessoais, de se identificarem com o paciente em crise, preocuparem-se com ele e buscar compreender, através da identificação, quais são as necessidades presentes na crise que demandam uma provisão específica. Ao dispor das reservas emocionais e profissionais de diferentes pessoas igualmente preocupadas e identificadas cada uma a seu modo próprio, o ambiente de cuidado às crises pode prover uma grande diversidade de reservas segundo as necessidades identificadas a cada momento. Se a desorganização de uma crise é grande e grave, então não é possível segurar em um só abraço. Ao criar ambientes múltiplos de cuidado (terapia individual, terapia familiar, atendimento psiquiátrico, terapia ocupacional, atendimento psicossocial *etc.*) o ambiente busca atingir uma complexidade correspondente àquela da crise.

Aqui mencionamos uma característica importante do cuidado, que é a *preocupação*. Essa palavra comparece em Winnicott principalmente em dois momentos: na descrição aprofundada do cuidado materno (preocupação materna primária) e na aquisição da capacidade de se preocupar (*concern*), condição para a transformação do sentimento de culpa em movimentos espontâneos e autênticos de contribuição social.

No próximo capítulo, examinaremos algumas ideias presentes na preocupação em Winnicott e sua relação com a culpa da posição depressiva em Melanie Klein, de onde o conceito winnicottiano tem origem e se distanciou, em uma elaboração teórica coerente com sua visão “positiva” e construtiva da doença, da agressividade e da destrutividade na experiência humana.

3 Capacidade para o cuidado

Embora a literatura psicanalítica raramente utilize a palavra cuidado (Holloway, 2006), encontramos em Winnicott descrições das qualidades do primeiro ambiente que efetivamente cuida do desamparo e dá início e fundamento à experiência humana. Esse cuidado é um termo relacional que implica a capacidade do ambiente em *acolher* adequadamente seus novos membros e implica também que o indivíduo que cuida foi constituído ele próprio em um ambiente de cuidado. Para entendemos como cuidar, é importante conhecermos sobre a capacidade para cuidar. Especialmente a psicanálise do desenvolvimento infantil nos auxilia a compreender os processos envolvidos na aquisição de capacidades psíquicas e interpessoais que possibilitam o cuidar, particularmente a noção de reparação de Melanie Klein e preocupação de Donald Winnicott.

Acolhimento, como dissemos no capítulo anterior, é igualmente o termo utilizado no Gipsi (Silva & Costa, 2013) para designar o ambiente especial organizado para receber novos membros, isto é, uma pessoa em crise e sua família em um primeiro atendimento. Na construção do ambiente do “acolhimento implicado”, fazemos uma leitura winnicottiana desse momento inicial de recepção de uma pessoa em crise, que pode ser feito por qualquer membro do grupo, em qualquer área profissional. Essa abordagem procura sustentar a crise e abrir o espaço onde a realidade pode ser compartilhada, sejam quais forem as condições de ansiedade ou desorganização da pessoa em crise, de sua família ou de seu ambiente mais amplo.

O acolhimento é a abertura de um primeiro espaço de cuidado, a partir do qual novos espaços se abrem (terapias específicas) para integrar um mesmo ambiente (múltiplo) de cuidado. O que acontece nesse momento inicial pode ter consequências importantes para o destino do caso a partir do cuidado feito pelos outros terapeutas, ou mesmo na decisão de encaminhar o caso. O estudo da capacidade para cuidar poderá auxiliar a compreender mais profundamente os processos emocionais necessários para a realização do manejo de crise feito pelo Gipsi, a partir do acolhimento implicado e nos outros espaços terapêuticos gerados pelo grupo no encontro com as necessidades das crises.

Neste capítulo, buscamos, nas obras de Winnicott, alguns dos componentes emocionais da capacidade de se preocupar (*concern*, Winnicott, 1963a/1983), pertencente a uma etapa da vida na qual o indivíduo está para atingir a independência e o sentido social, necessários para conseguir cuidar de si, cuidar dos outros e desejar cuidado. Ao detalhar a tarefa do cuidado materno, do qual o indivíduo depende para chegar ao sentido social e à preocupação (*concern*), o autor emprega o termo *preocupação materna primária* (*primary maternal preoccupation*, Winnicott, 1956/1982) para descrever como se dá o movimento identificatório da mãe com o bebê recém-nascido, que cria o ambiente adequado para acolher seu desamparo e dependência. Tanto a capacidade para o cuidar de si na independência, quanto o cuidado materno à dependência máxima parecem compartilhar, em Winnicott, de uma qualidade, que pertence à preocupação: o *concern* parece estar presente na capacidade para o cuidado e a *preoccupation* é uma qualidade da tarefa efetiva do cuidado à dependência, possibilitada por alguém capaz de se preocupar.

A capacidade de se preocupar (*concern*, Winnicott, 1963a/1983) é uma aquisição infantil, um aspecto positivo do fenômeno nomeado por Melanie Klein como culpa pertencente à posição depressiva (Klein, 1937/1996). Para compreender algo da contribuição kleiniana nos conceitos de Winnicott, iniciamos o capítulo com um breve estudo da posição depressiva em Klein no que ela comparece para a formulação winnicottiana da capacidade de se preocupar (*concern*). Buscaremos, ainda, integrar em nossa ideia de cuidado a proposta “positiva” de Winnicott, baseada em sua compreensão da agressão e da culpa sem qualquer relação com a noção de instinto de morte, o qual é predominante no pensamento de Klein. A perspectiva de Winnicott sobre a natureza humana contribui com a compreensão da crise psicótica como esperança de encontrar cuidado e do cuidado como trabalho construtivo.

3.1 Posição depressiva em Klein: amor, culpa e reparação

Encontramos os principais elementos da proposição do conceito kleiniano de posição depressiva em três importantes artigos (Klein, 1935/1996; 1937/1996; 1940/1996), os quais examinamos para construir esta exposição.

Em sua obra, profundamente influenciada pelo pensamento de Freud e pela análise de adultos e crianças em estados psicóticos e depressivos, Klein (1935/1996) nos diz que, nos primeiros momentos da vida, algo como o início de um ego é criado para proteger o indivíduo da aniquilação por seu instinto de morte. O instinto de vida funde-se, portanto, com o instinto de morte e o lança para o exterior na forma de sadismo, como uma busca para manter tudo o que é bom no interior e lançar o que é mau para fora. Bons são o prazer, a satisfação, a segurança e a confiança; más são a dor e a frustração, o ódio e a destrutividade. O ego usa como mecanismos de defesa a introjeção (do bom) e projeção (do mau), assim como uma divisão, uma cisão, entre o que é bom e reconfortante e o que é mau e perseguidor.

As experiências com o objeto cuja qualidade inclui a bondade, segurança, confiança, satisfação sexual e gratificação das necessidades são pensadas, imaginadas, transformadas em fantasias amorosas, sentimentos de gratidão, riqueza, beleza e apego. Essas fantasias são a base para o sentimento do amor, manifestações do instinto de vida. Já as experiências com a frustração, a dor e o desprazer causados pelo fracasso do objeto em ser sempre perfeito são elaboradas na forma de fantasias de ameaças de morte, de ataque, na formação do sadismo (Klein, 1932/1981): morder, despedaçar, matar. Essas fantasias formam a base do sentimento de ódio: o indivíduo pensa a frustração como um ataque vindo do objeto e defende-se com a magnitude de seu sentimento de desprazer e dor. Os sentimentos dessas experiências têm um caráter persecutório, o que fundamenta o senso de realidade do indivíduo como defesa: doravante, a partir do que conhece sobre as experiências de frustração (fantasias sádicas), as experiências são examinadas para averiguar se são perseguidoras ou não.

A constância na qual os elementos bons são mantidos no interior gradualmente organiza um “objeto bom”, com o qual o ego se identifica. Cria-se, assim, um mundo interno, inconsciente, que corresponde às experiências da criança com as pessoas do mundo externo, na sua qualidade satisfatória ou frustrante, embora alteradas pelas fantasias e impulsos da criança (Klein, 1940/1996). O mecanismo de cisão mantém os objetos “divididos”, parciais, assim como o próprio ego não forma ainda um todo integrado. Ao identificar-se com o objeto bom, a preservação desse objeto equivale à sobrevivência do ego, o objeto bom é localizado no interior do ego tanto para proteger o

objeto contra a destrutividade que o ego constantemente envia para fora, quanto para ajudar o ego a proteger-se de possíveis elementos destrutivos que existam no interior.

Segundo Klein (1935/1996), é só quando uma maior síntese entre os elementos bons e maus permite a integração do objeto como um todo (a mesma mãe que alimenta é quem frustra) que o indivíduo se torna capaz de identificar-se com a mãe como uma pessoa total e perceber a realidade de sua própria agressividade e a consequência que o sadismo teve sobre a mãe. O conhecimento por parte do indivíduo de que o ódio está lá junto ao amor, e de que em alguns momentos ele pode prevalecer sobre o amor, leva a um grande sofrimento por parte do ego, no medo de perder a pessoa amada e, com ela, o objeto interno bom. O conflito entre o amor e o ódio leva ao sentimento de que a pessoa amada foi destruída e junto dela toda a bondade e satisfação possíveis; daí nasce um elemento na emoção do amor, que é o sentimento de culpa (Klein, 1937/1996), juntamente a um novo tipo de ansiedade, depressiva. Eis, resumidamente, alguns dos elementos centrais do que Klein denomina “posição depressiva” (1935/1996) no desenvolvimento emocional normal das crianças.

Uma parte do indivíduo é formada pelo que o afeta das relações com as pessoas externas e as emoções ligadas a elas, no que delas permanece nas fantasias, como objetos internos e partes do ego. Há um ciclo benigno quando lançamos um impulso amoroso e ganhamos de volta a qualidade do amor e confiança do ambiente, que localizamos dentro de nós mesmos e que podemos devolver ao mundo externo. Há, por outro lado, um ciclo semelhante em relação ao ódio e é a qualidade desses ciclos o que determina, em parte, se o amor será sufocado ou não pelo ressentimento, a vontade de vingança ou a culpa pela consequência do sadismo.

O sentimento de culpa pode levar ao medo de que o indivíduo seja incapaz de amar de verdade, de dominar os impulsos agressivos, enfim, medo de ser um perigo para aqueles que ele ama. O medo cresce em relação ao reconhecimento do que pode ser a consequência dos impulsos destrutivos e busca inibir os impulsos com suas proibições. Mas a inibição que o medo traz diminui também o impulso amoroso, pois querer amar é correr o risco de ser frustrado e, conseqüentemente, ficar agressivo. Para ser capaz de suportar a parcela agressiva do impulso e liberar a sua instrumentalidade, é necessário conseguir suportar o sentimento de culpa acerca da destruição dos objetos de amor,

tolerando a frustração que ele inevitavelmente nos causa. Se a criança for capaz de suportar a culpa e aceitar um objeto imperfeito, ela pode tornar-se capaz de preocupar-se, identificar-se com outras pessoas. O desejo de reparação, diz Klein (1937/1996), está vinculado à preocupação com a pessoa amada e o medo sobre sua morte; a reparação é uma expressão construtiva desse medo sobre os efeitos do sadismo.

A percepção da coexistência do amor e do ódio e da culpa impele o ego a buscar oferecer uma restituição pelos danos feitos à pessoa da mãe (ou sua substituta) nos momentos em que a frustração levou o ego a atacar a realidade. A reparação busca restaurar o objeto bom de todos os detalhes do ataque sádico. Nos diz Klein (1940/1996) que esses processos pertencem ao desenvolvimento normal da criança pequena, por volta dos seis meses de idade, embora seja impossível precisar uma data válida para todas as crianças. Segundo a autora (Klein, 1937/1996):

Mesmo na criança pequena pode-se perceber uma preocupação (*concern*) com o objeto amado que não é, como se poderia pensar, simplesmente sinal de dependência em relação a uma pessoa amiga e prestativa. Tanto na mente inconsciente da criança quando na do adulto, ao lado dos impulsos destrutivos há uma profunda ânsia de fazer sacrifícios, a fim de ajudar e restaurar as pessoas amadas que foram feridas ou destruídas na fantasia. Nas profundezas da mente, o desejo de deixar as pessoas felizes está ligado à forte sensação de responsabilidade e de preocupação com elas, que se manifesta através da solidariedade genuína com os outros e da habilidade de compreender como eles são e como se sentem (p. 352).

Para a resolução da posição depressiva no desenvolvimento normal, a criança depende de uma relação com o ambiente externo que reforce a integração entre os objetos internos e externos, amados e odiados, reais e imaginários, o que leva a criança a tolerar a ambivalência amor-ódio, por uma maior confiança em sua capacidade de amar e de reparar o que for consequência de seu ódio.

A sequência de palavras que Klein (1937/1996) utiliza no título de seu artigo – amor, culpa e reparação – sugere um suceder de vivências afetivas que pertence ao desenvolvimento humano, como dinâmicas do “tornar-se” capaz de amar e preocupar-se, da aquisição de capacidades que se consolidam como funções psíquicas após experiências de um trabalho do indivíduo com o seu ambiente: o indivíduo ama de um modo primitivo e cindido, percebe que o descuido danifica o objeto de amor, torna-se

capaz de sentir culpa e, então, pode fazer uma tentativa de reparar aquilo que danificou por amor.

A capacidade para reparação permite também que a criança aceite usar substitutos para a mãe quando ela é imperfeita e, assim, diminuir os efeitos destrutivos da experiência de frustração. A capacidade de substituir o primeiro objeto de amor é a consolidação de importantes funções do psiquismo: a retenção do bem original como parte do ego, a aceitação da imperfeição da mãe uma diminuição do medo de destruir a única fonte de bondade. Além disso, a condição de dependência da mãe é diminuída, favorecendo os processos de separação.

Ser realmente atencioso (*considerate*, Klein, 1937/1996) implica identificar-se com outra pessoa, poder compartilhar com ela do cuidado que oferecemos. Ao fazer sacrifícios por alguém com quem nos identificamos, desempenhamos um papel semelhante ao ambiente que cuidou de nós, nossas mães e pais, recriando na fantasia o amor e a bondade que vivemos ou que desejamos de nossos pais. Por outro lado, cuidar de alguém pode ser uma oportunidade para desfazer em retrospecto, na fantasia, o desespero e a culpa decorrentes do ódio e da vontade de vingança infantis contra esses mesmos pais quando eles nos frustraram. Klein (1937/1996) diz que “esse ato de fazer reparação é um elemento fundamental do amor e de todas as relações humanas” (p. 354).

3.2 Agressão e culpa em Winnicott: o abandono da ideia de instinto de morte

De acordo com Laplanche e Pontalis (1987/2001), a noção de instinto⁴ de morte é uma das mais controvertidas das atribuições conceituais de Freud. Seu sentido não se faz entrever em suas teses ou na sua clínica, mas revela sua importância como uma exigência especulativa do pensamento freudiano, referente principalmente a três importantes fatores da clínica impossíveis de ser compreendidos apenas a partir do princípio de prazer (tendência à descarga para a manutenção da homeostase). São eles: a) fenômenos de repetição, b) a agressividade, o sadismo e o ódio e c) a ideia de um

⁴ Atualmente, a palavra *pulsão* é justificadamente preferida para traduzir a *Trieb* freudiana. Nós optamos por manter a continuidade com as traduções de Winnicott que usamos, com instinto para *instinct* e impulso ou experiência impulsiva para *drive*. Buscamos esclarecer essas diferenças no texto, incluindo, onde necessário, o termo original de Winnicott entre parênteses.

masoquismo primário na reação terapêutica negativa e no sentimento de culpa (Freud, 1920/1996).

Compreendido de modo absolutamente negativo, silencioso e invisível, o instinto de morte seria uma tendência originária dos seres vivos de retornar ao estado não-vivo, culminado eventualmente com a morte “por causas internas” (Freud, 1920/1996). Oposto ao instinto de vida (libido), as manifestações do instinto de morte estariam presentes nas tendências à segregação e à dissolução, enquanto o instinto de vida estaria nas tendências à união e à ligação (Freud, 1938/1996). Assim, o instinto de vida seria, no início, o encarregado de desembaraçar-se do instinto de morte no interior do organismo através da fusão instintiva. Ao fundir-se com o instinto de morte, a libido pode expulsá-la, em parte, para o exterior, através da musculatura, transformando-o em instinto de destruição ou sadismo (Freud, 1920/1996). Desde o remanescente dessa fusão instintiva no interior do indivíduo surgiria o masoquismo originário, primário em relação ao que deriva da introversão do sadismo (Freud, 1924a/1996).

A teoria desenvolvida por Klein (1932/1981; 1935/1996) amplia a noção do instinto de morte, atribuindo um papel primordial da parcela de instinto que não foi desviada para o exterior nem fusionada com a libido. Essa parcela induz a angústia de aniquilação no início da vida do indivíduo e está relacionada com tendências primárias de sadismo, ódio e inveja.

A teoria dos instintos e a metapsicologia, isto é, a teoria sobre o aparelho psíquico em termos de topologia, economia e dinâmica, são maneiras encontradas por Freud para pensar a realidade psíquica de seus pacientes a partir do trabalho psicanalítico, originado pela regra fundamental: a atenção flutuante à associação livre. Em Klein, encontramos o que poderia ser compreendido como “apoteose” da investigação da realidade psíquica e da teorização a partir da fantasia (Laplanche e Pontalis, 1987/2001), onde a realidade “factual” da história do indivíduo é investigada prioritariamente pelo que dela resulta na fantasia, isto é, nas ideias inconscientes originadas através da experiência de satisfação ou frustração. Satisfação e frustração estão relacionadas às fantasias do amor e da agressividade, quando o seio “material” encontra as moções instintivas de erotismo ou sadismo. O “externo”, contudo, não é coincidente com o “material”, já que interno e externo continuam a ser compreendidos

em Klein (1932/1981) como topologias da realidade psíquica: o externo é originado pela projeção e o interno pela introjeção.

Todos os processos em Klein se passam em termos de realidade psíquica, em fantasia, isto é, nem a destrutividade, nem os ataques e nem a reparação estão, necessariamente, presentes na ação material da criança com o mundo. É claro, o método de investigação sobre a realidade psíquica é a psicanálise, isto é, a regra fundamental, mas a análise de crianças (Klein, 1932/1981) exige um enquadre diferente daquele do adulto, com o brincar enquanto ferramenta técnica. No brincar, o analisando não fala das fantasias, mas as atua com os objetos materiais presentes no consultório. Os objetos no brincar analítico deixam de ser o que eles poderiam ser para um observador comum e passam a ser veículos da associação livre, da realidade psíquica, das fantasias. Na técnica kleiniana, possuem uma posição central interpretações das fantasias veiculadas pelo brincar.

Winnicott possui principalmente duas grandes diferenças em relação ao pensamento kleiniano: a consideração plena da realidade “material” na constituição do psiquismo e a rejeição da noção de instinto de morte, buscando compreender a repetição e a destrutividade sem ela. Primeiramente, Winnicott (1971/1975) nos diz que as características do brincar são sempre impregnadas de realidade psíquica e, no entanto, não são apenas psíquicos, como seria uma alucinação. A materialidade do brinquedo participa do brincar, de um modo parecido com o que ocorre ao bebê com a mãe, isto é, o comportamento e a existência corporal concreta da mãe participam no enriquecimento da realidade psíquica do bebê. O bebê não reconhece essa existência concreta; tudo se passa como se fosse uma criação do psiquismo do bebê, um resultado de sua onipotência. Ele cria o mundo que o ambiente apresenta “em pequenas doses”, com todas as qualidades corporais (sensórias) coincidindo com o objeto psíquico criado pelo bebê na experiência com o ambiente. Nesse momento, o objeto é um fenômeno subjetivo, passivo de controle e destruição mágicas.

Em segundo lugar, a noção de instinto de morte teria sido, para Winnicott o único erro de Freud (Abram, 2000). Isto se dá principalmente porque a agressão, segundo Winnicott (1950/1982), não é apenas uma questão de projeção, mas originalmente do encontro físico e emocional da motilidade muscular do corpo do bebê

com a oposição material oferecida pela mãe. Essa ideia está de acordo com a proposição de Freud segundo a qual a musculatura é organizada para direcionar a destrutividade para fora do indivíduo, mas sem a necessidade de pensar em termos de um instinto de morte.

Em Winnicott (1990), o termo instinto é mantido, para denotar um componente biológico presente no impulso. No entanto, sua visão é a de que a agressão decorre da vitalidade do indivíduo, do encontro de sua musculatura com o ambiente, enquanto o ódio, o sadismo e a inveja são conquistas mais sofisticadas, aquisições do amadurecimento emocional do indivíduo com seu ambiente. Nessa compreensão, o gesto impulsivo, espontâneo, resulta em agressão na medida da experiência vivida do indivíduo em seu ambiente. É nessa experiência que os destinos da agressão tomam forma, inclusive de sadismo, ódio ou inveja.

Se, segundo Freud, não é o instinto quem “ama ou odeia” um objeto, e sim o “ego integrado como uma unidade” (Freud, 1915/1996), então, segundo Winnicott, deve haver um período primário, ainda que teórico, no qual o ego não está integrado como uma unidade diferenciada, anterior mesmo à transformação feita pelo ego de excitação em investimento amoroso ou odioso, no qual o que quer que o indivíduo faça, por mais destrutivos os efeitos, não é resultado de sua intencionalidade. Em Winnicott, a assertiva “ego integrado como uma unidade”, em Freud, pressupõe um estado anterior não integrado e, de fato, fusionado como um conjunto ambiente-indivíduo cuja principal qualidade é a dependência máxima, ou dependência absoluta (narcisismo primário, Outeiral, 2001).

Em relação à agressão, Winnicott identifica ao menos três estágios diferentes no amadurecimento do indivíduo. Os estágios estão relacionados com a estabilidade da integração e a condição de dependência do indivíduo com o ambiente. Segundo Winnicott (1950/1982), existem:

1. *Estágio inicial*: em um início teórico, um “*self primitivo cruel*” (*early ruthless self*, Winnicott, 1945/1982) não-integrado movimenta-se em uma intencionalidade não preocupada. A tolerância do ambiente em relação a essa energia vital “não-

preocupada” (cruel) é crucial para o destino da agressividade nos próximos momentos do amadurecimento do indivíduo.

2. *Estágio intermediário*: o indivíduo começa a vivenciar a integração como um estado crescentemente estável, com uma distinção entre “eu” e “não-eu”. A agressão possuiu papel fundamental no estabelecimento dessa distinção, através da oposição (resistência material) oferecida pelo ambiente e encontrada pela musculatura. A integração do ego fundiona igualmente experiências amorosas e agressivas vividas com um mesmo objeto e o indivíduo está preparado para preocupar-se com os resultados de sua experiência impulsiva. Esta organização traz a capacidade de sentir culpa pelos danos causados à pessoa total da mãe na relação excitada (impulsiva). Se ela puder manter-se viva e disponível, então o impulso pode adquirir uma nova intencionalidade, que é construtiva.
3. *Pessoa total*: com a elaboração da posição depressiva, ou através da crescente estabilidade da capacidade de preocupação, relações triangulares podem ser vividas com pessoas totais e a problemática relacionada ao complexo de Édipo passa a ter importância.

No primeiro estágio, “não preocupado”, Winnicott propõe pensar, em termos econômicos, a vitalidade do corpo do bebê, o movimento de seus músculos e sua presença viva como um tipo de *força vital*. O gesto vital do bebê é vivido como uma agressão primária no encontro (ou choque) com a materialidade do corpo da mãe. Por exemplo, já desde a vida intrauterina, o bebê pode bater o cotovelo dele contra a costela da mãe e isso gera dor. Para a vida pós-natal, Winnicott (1939/2005a) usa os termos “amor-boca”, “voracidade teórica” e “amor-apetite primário” para denominar manifestações da vitalidade do bebê e que, ao encontrar o ambiente (primariamente o corpo da mãe), podem ter um efeito desagradável, doloroso. Esse efeito é pensado pela mãe e pode mesmo, na fantasia dela, ter consequências destrutivas ou ser compreendido como cruel ou perigoso. No entanto, do ponto de vista do bebê, nada disso é intencional; isto é, a agressão do “amor-boca” é acidental. Essa compreensão vai de encontro com qualquer ideia de uma intencionalidade invejosa ou sádica no movimento primário do indivíduo.

A dor da mãe e a qualidade agressiva do gesto vital do recém-nascido, portanto, estão relacionadas ao fato de ele estar vivo. Identificada com ele, mãe aceita a cotovelada e a mordida sem revidar, pois entende que essa dor é corolário do gesto espontâneo de seu filho. Ela, então, se alegra que ele esteja vivo, muito embora isso resulte em desconforto. O encontro da vitalidade do bebê aceita pelo corpo da mãe leva à concepção paradoxal de que a *agressão concreta é uma realização positiva* (Winnicott, 1964a/2005a).

O encontro agressivo entre a força motora do indivíduo e a resistência material dos elementos do ambiente é a única forma que o indivíduo tem para descobrir o mundo, encontrar o objeto e experimentar um sentimento de realidade. Desencontros entre a motilidade do bebê e a capacidade de tolerância do ambiente levam à inibição do gesto ou sua vivência em estado cindido, feitos para proteger um ambiente “frágil” demais (Winnicott, 1945/1982). É nesse sentido que tanto a inibição quanto a cisão impedem ao indivíduo a estabilidade do sentimento de realidade e da confiança no encontro possível com um mundo material e independente.

A oposição material ativa satisfaz, para Winnicott, o impulso agressivo, inicialmente motor e “não preocupado” (cruel), fonte original de todas as atividades construtivas e criativas (Winnicott, 1971/1975). Segundo o autor, no momento em que a preocupação começa a fazer sentido no psiquismo do indivíduo, a tolerância dos impulsos destrutivos resulta na capacidade de desfrutar das relações e das ideias, mesmo que sejam agressivas. Esse desenvolvimento amplia a preocupação, que constitui a base para o movimento construtivo.

Abram (2000) compreende que, na visão de Winnicott, tanto a agressão primária quanto a expressão do *self* cruel são manifestações de um tipo de *destrutividade primária*. A força vital transforma-se em destrutiva no movimento impulsivo cujo protótipo é o comer, operando na dominância das experiências impulsivas orais (*oral drives*). Nessa experiência, o impulso cria o objeto satisfatório, choca-se materialmente contra ele: o morde, mastiga e engole, o faz desaparecer, enfim, o destrói. A *destruição* é o primeiro momento da relação do indivíduo com o mundo cuja principal característica é a agência e o sentimento de satisfação, espontaneidade e criatividade.

Outra face desse fenômeno é o fato da aceitação, por parte do ambiente, do ataque destrutivo, a possibilidade do objeto externo ser encontrado, criado e comido, e ao mesmo tempo sobreviver com benevolência e confiança. A destruição continua a ter realidade no interior do psiquismo do indivíduo, na fantasia inconsciente e no sentimento de potência, enriquece o psiquismo. Por outro lado, a sobrevivência do ambiente confere a ele um aspecto “externo ao *self*”, destrói o objeto subjetivo e a onipotência sobre ele. De uma *relação de objeto*, puramente subjetiva e submetida apenas ao princípio de prazer, a sobrevivência do ambiente à destrutividade abre o caminho para o objeto objetivamente percebido, o *uso de objeto* (Winnicott, 1968/2005), o pensar a realidade e o reconhecimento da alteridade (Versiani & Celes, 2015).

A vitalidade do bebê está presente igualmente na percepção e na satisfação instintiva, através da expressão do gesto impulsivo que mobiliza o bebê a encontrar o seio (que a mãe oferece). Na experiência excitada, o gesto vital cria o objeto com suas qualidades materiais (e emocionais): o gesto impulsivo é, portanto, não apenas agressivo e destrutivo, mas igualmente criativo. Essa proposta é um paradoxo que nos convida a compreender a expressão vital, corporal e primária, do humano como criativa, agressiva e destrutiva. A criatividade primária pertence ao mesmo impulso da agressão primária, que se torna destrutiva no relacionamento oral com o corpo da mãe.

Na medida em que, gradualmente, a mãe fracassa em se oferecer sempre para ser encontrada exatamente onde o bebê a cria, ela abre um espaço para o bebê perceber que o seio não é uma alucinação. Se a mãe fizer isso muito gradualmente, então o bebê pode aceitar que a realidade material que ele criou não é apenas criação dele, mas possui também existência própria. Esse paradoxo é suportado pela criação de uma realidade subjetiva interna e da realidade objetiva externa, com uma área transicional permitindo o relacionamento entre as duas (Winnicott, 1971/1975). O gradual fracasso da mãe torna-se em *frustração* na experiência do bebê, o que transforma a agressividade primária em *raiva*, uma alternativa à destruição primária, que aniquila magicamente o mundo (Winnicott, 1964a/2005a). A raiva e fantasias de morte e mutilação substituem a destruição mágica e a aniquilação, a partir do estágio de preocupação (Winnicott, 1963a/1983). A ansiedade depressiva e o sentimento de culpa sobre as fantasias de morte são combatidos através da contribuição *construtiva* com o ambiente.

No ambiente suficientemente bom, o fracasso é introduzido só depois de bastante experiência com a ilusão e a criatividade primária. Introduzir alguma exigência de reconhecimento de alteridade antes disso não resulta em raiva, mas em ameaça de aniquilação (Winnicott, 1952/1982). Na concepção de Winnicott, o fracasso na dependência inicial (narcisismo primário) é o que introduz a aniquilação na experiência do bebê, a qual deve ser elaborada como ansiedade persecutória sem relação com a agressividade primária. Em bebês bem cuidados, a aniquilação permanece como ameaça e nunca é experimentada de fato (Winnicott, 1962b/1983). Portanto, a experiência de aniquilação, ou de ameaça de aniquilação, não pertence a uma tendência inata do indivíduo, como em um instinto de morte, mas é uma novidade, uma agonia primitiva, que o indivíduo precisa abrigar em sua onipotência. Dela derivam a confusão mental (Green, 1988) e a impossibilidade de confiar (Figueiredo, 2007). As tendências paranoides (persecutórias) são organizadas como defesas, segundo as marcas específicas do fracasso ambiental experimentado.

A contribuição de Winnicott para pensar o amadurecimento emocional sem uso do conceito de instinto de morte tem consequências não apenas para pensar a agressão, mas também a aparente repetição presente nas recidivas de crises psíquicas, no medo do colapso e na reação terapêutica negativa. O que parece uma estranha repetição de uma experiência dolorosa passada é, de fato, uma busca em localizar o trauma original na área de onipotência, dessa vez ali onde poderia existir um eu (Winnicott, 1963/2005). A qualidade impensável da agonia e a defesa psicótica reativa a ela (projeção, cisão e negação) remetem o horror da experiência para fora e para o futuro, na forma de um medo absurdo de um colapso total (desintegração, despersonalização, delírio persecutório *etc.*). O medo, a crise e a repetição são vistos como esperança de encontrar um ambiente onde o horror original, o fracasso do narcisismo primário, pode ser experimentado de fato, dessa vez com o ego presente, capaz de ilusão, raiva, ódio e memória, em vez de apenas agonia, projeção e cisão. No *setting* terapêutico, o paciente efetivamente precisa “*piorar*”, no sentido da regressão à dependência, antes de encontrar novamente o movimento progressivo na direção do amadurecimento. Poderíamos dizer, com Safra (2004), que a crise é uma busca, a partir do conhecimento decorrente da maneira como aconteceu sua entrada no mundo, dos fracassos do ambiente de cuidado originário. Esse é um “conhecimento ético”, presente na tendência

à regressão, à busca pelo ambiente suficientemente bom, norteado pela esperança de encontrá-lo. Segundo o autor (2004):

Buscar é esperar encontrar. A esperança sustenta e norteia a busca do Outro na comunicação, no sonhar, no desejo. Esperança é a presença da memória do que impossibilitou, do que se deteve, do que se fragmentou, do que não aconteceu. Pelo fato de o homem ser aquele que tem a condição de ser questão, ele tem um saber sobre o ethos tanto em decorrência das necessidades éticas contempladas, quanto em decorrência de um ethos que foi fraturado (p. 122, grifos do autor).

Para Winnicott, nascemos em solidão absoluta, por nosso completo desconhecimento sobre o ambiente. No entanto, a experiência de solidão como sentimento depende da presença do ambiente, da experiência de dependência absoluta. O ambiente tem por função proteger contra o desamparo, embora este possa de fato ser experimentado por tantos de nós no início da vida, dado que o ambiente é humano e imperfeito. O fato da dependência, o que convida o cuidado feito pelo ambiente, acrescenta uma vulnerabilidade à condição humana, que é o risco de não encontrar um ambiente confiável (*dependable*) no início da vida. A inevitabilidade do fracasso do ambiente é o que estaria relacionada ao desamparo ou a qualquer coisa que pode ser compreendida como aniquilação.

Sem dúvidas, a perspectiva de Winnicott nos convida a ver a natureza humana em uma ótica mais “positiva”, mas isso não quer dizer negar emoções negativas ou destrutivas. Um gesto poderia ser compreendido como sádico ou invejoso nas relações objetais da infância e deve ser levado em conta na crescente integração do indivíduo. Mas o ataque sádico (odioso, raivoso ou invejoso), aquele que seria decorrente da frustração, não é a totalidade do que está presente no movimento destrutivo que gera a alteridade, a realidade externa e o pensar a realidade em Winnicott (Versiani & Celes, 2015). O reconhecimento da culpa ou da alteridade envolve um estranho trabalho psíquico: o indivíduo deve perceber que o seu gesto espontâneo, sua vitalidade, agride a pessoa total da mãe, lentamente localizada externamente ao indivíduo (Winnicott, 1968/2005).

O erotismo muscular, isto é, a fusão entre o impulso erótico e a motilidade muscular, era originalmente responsável pela destruição do objeto “material externo”, o que possibilitou ao indivíduo encontrá-lo e destruí-lo para poder comê-lo. No entanto,

se o indivíduo pôde contar com a tolerância e sobrevivência do ambiente, inúmeras vezes, seguindo-se ao ataque impulsivo, então ele possui como fato de experiência a ilusão de onipotência e a destruição pode continuar a ocorrer na fantasia inconsciente: ele destruí o objeto objetivo para criá-lo subjetivamente (Winnicott, 1968/2005). A capacidade criativa do indivíduo, inicialmente experimentada como ilusão de onipotência permitida pela mãe, é o que transforma seu impulso de destrutivo em criativo, na elaboração de uma ação no mundo que nasce de seu ser.

Diferentemente da reparação, uma tendência relacionada ao remorso que buscava “consertar” os danos decorrentes do sadismo em seus detalhes, a preocupação (*concern*) é um tipo de envolvimento com o ambiente de tal forma que o impulso pode criar uma contribuição construtiva, espontânea e, por isso mesmo, satisfatória para o indivíduo. Na preocupação, o objeto destruído não é reconstituído, pois não existia raiva na destruição do objeto (Winnicott, 1968/2005). A destruição do objeto e sua consequente sobrevivência o localizam fora da área de onipotência, com necessidades e potência próprias. O indivíduo preocupado se inquieta com o efeito de sua destrutividade, mas tem diante de si uma pessoa total, separada, que pode ser encontrada pelo gesto. O ambiente compartilha da alegria do indivíduo quando recebe o gesto construtivo que é vivaz, novo, criativo e real para ambos, não apenas reativo à fantasia sádica do indivíduo. A disponibilidade preocupada (*concerned*) está relacionada à criatividade e à espontaneidade, e não ao sentimento de culpa decorrente do sadismo ou da inveja.

É através desse pensamento que Winnicott localiza, no desenvolvimento primitivo ou na clínica, a destruição e sobrevivência como vivências indispensáveis para pensar a realidade e a alteridade e para o trabalho (brincar) construtivo. Na transformação do objeto subjetivo em objeto objetivamente percebido, o paciente passa da relação de objeto ao uso de objeto (Versiani & Celes, 2015; Winnicott, 1971/1975). Localizar o analista fora da área dos fenômenos puramente subjetivos permite reconhecer sua independência, o que ocorre só depois de sua destruição. Sem ser destruído e sobreviver, o mundo não chega realmente a existir para o indivíduo.

3.3 Capacidade de se preocupar (*concern*)

A palavra *concern*, utilizada por Winnicott na constituição de seu conceito, aparece traduzida no Brasil principalmente de três formas: preocupação (1963a/1983), envolvimento (2005a) ou concernimento (1982). Como é usual nos textos de Winnicott, uma palavra do cotidiano de pais e professores é utilizada de forma muito simples, mas com um significado que se refina ao longo da obra, até atingir a característica de um conceito bem delimitado. No Brasil, a palavra “concernimento” não tem essa acepção comum no cotidiano, mas as palavras envolvimento e preocupação, mais comuns, não parecem cobrir exatamente o que Winnicott propõe com *concern*. Nós optamos pelo uso do termo preocupação (tradução de 1983), acompanhado da palavra original em inglês, para manter em mente o conceito constituído por Winnicott e verificar a continuidade desse termo com o de preocupação materna primária (*primary maternal preoccupation*, Winnicott, 1956/1982).

A ideia principal (Winnicott, 1963a/1983) é que a preocupação (*concern*) é uma capacidade psíquica pertencente a um estágio do desenvolvimento do indivíduo no qual a integração é estável e ele pode reconhecer os efeitos de seu gesto em seu ambiente, composto por pessoas inteiras separadas, localizadas fora da área de onipotência, mas encontráveis.

Esses são fenômenos relacionados a um período anterior ao clássico complexo de Édipo (uma triangulação), já que a coisa se passa em uma situação a dois. O indivíduo já é capaz (ou está em vias de consolidar essa capacidade, que pode nunca ser completada) de viver como uma unidade e relacionar-se com uma pessoa completa, separada. Isso significa que os processos anteriores a essa capacidade se deram de maneira satisfatória, podem dar-se por garantidas a integração do indivíduo como unidade e a integração de seus impulsos agressivos e eróticos.

Winnicott (1963a/1983) leva em consideração a maneira como a mãe se comporta realmente na experiência infantil e o desenvolvimento egoico para além do conflito instintivo ou dos objetos internos (inconscientes). Nessa proposta, o autor diferencia uma “mãe-ambiente” e uma “mãe-objeto”: a mãe-ambiente representa o ambiente durante os estados relaxados do bebê, é encontrável, confiável, prevê a

emergência de uma nova excitação e organiza as coisas de tal forma que, quando ela aparecer, haverá um objeto adequado e o ambiente global continuará a existir; a mãe-objeto, por outro lado, é aquela fração do ambiente que se transforma em objeto subjetivo, predominante nos estados excitados.

Na experiência que leva até a preocupação, a mãe-objeto recebe o ataque e a ele sobrevive por sua própria potência e sem retaliações. Por outro lado, a mãe-ambiente continua a mesma, encontrável e receptível ao que o bebê apresenta, cria a confiança de que o bebê terá uma oportunidade para contribuir e espera pelo gesto construtivo.

Ocorre, então, um ciclo benigno (Winnicott, 1963a/1983): os impulsos instintivos levam a um gesto “não-preocupado”, cruel (*ruthless*), destrutivo, contra a “mãe-objeto”. Ela recebe o gesto impulsivo, oferecendo a ele oposição material e sobrevivência. Aos poucos, uma “digestão psíquica” leva o bebê a emitir um produto, uma contribuição com a “mãe-ambiente”, que está lá para receber o gesto. Lentamente, as duas mães são integradas em uma única pessoa total, a partir dos mesmos processos que integram o ego.

O reconhecimento do ataque ao corpo da mãe gera, no bebê, uma ansiedade sobre o interior do corpo dela e de seu próprio corpo. Segundo Safra (2005), nesse momento o bebê elabora uma fantasia sobre o interior do corpo e inaugura uma ideia sobre o mundo interno. A natureza da experiência de alimentação, vivida no cotidiano com o ciclo contínuo da alimentação, da digestão e da excreção, dá coloridos ao interior do corpo da mãe e torna cada vez mais estável a discriminação entre “eu” e “não-eu”, sobretudo o “não-eu” que lentamente se transforma na ideia da mãe como pessoa total, com um mundo interno. Se esse ciclo puder ser confiavelmente repetido e vivido, uma potencial ansiedade sobre a destruição do mundo interno da mãe, a culpa, transforma-se em uma preocupação (*concern*) por ela. O conceito de preocupação busca cobrir a dimensão positiva do fenômeno da culpa, presente em Klein. Segundo o autor (Winnicott, 1963a/1983):

Preocupação (*concern*) indica o fato do indivíduo se *importar* (*cares*), ou *valorizar* (*minds*), e tanto sentir como aceitar responsabilidade. Em nível genital no enunciado da teoria do desenvolvimento, preocupação pode ser considerada a base da família, cujos membros unidos da cópula – além de seu prazer – assumem responsabilidade pelo resultado (p. 70, grifos do autor).

Um dos aspectos centrais desse processo de desenvolvimento é que “*a oportunidade de contribuir* possibilitou à preocupação se situar dentro das capacidades da criança” (Winnicott, 1963a/1983, p. 74, grifo nosso). Essa é uma tarefa que pertence ao trabalho de “ego-auxiliar” feito pelo ambiente, já que a própria mãe põe o tempo em marcha e confia que existe algo que o bebê pode doar ou fazer para contribuir com o ambiente, em algum momento *depois* do ataque destrutivo. Não há, do ponto de vista do ambiente, um mal que o bebê cause que seja irreparável. Essa confiança está no ambiente quando ele oferece a oportunidade para a contribuição, que é um tipo “negativo” de cuidado: a mãe não “faz” a contribuição no lugar do bebê, mas abre-se à doação ativa e espontânea do bebê, cujo valor ela reconhece.

O ambiente “sabe” que o gesto do bebê é uma contribuição construtiva, ou mesmo que contribuir é possível através da identificação do ambiente com o indivíduo, da função de “ego-auxiliar”. Assim, a mãe (incluindo o pai e outros cuidadores) insere na experiência com a criança sua própria experiência infantil com o ciclo benigno que leva até a preocupação (*concern*). É a sua experiência com o cuidado o que fomenta sua confiança de que o bebê também é capaz do gesto espontâneo construtivo.

A oportunidade para a contribuição no ambiente de cuidado libera a vida instintiva do indivíduo e proporciona uma maneira mais sofrível de lidar com a destrutividade e o sentimento de culpa. A contribuição com o ambiente estabiliza os processos de integração e o pensar a realidade, através da abertura e tolerância, no indivíduo, dos aspectos desagradáveis de seus próprios impulsos e da realidade material, sem grande necessidade de se defender e nem de se refugiar na fantasia ou na dependência.

Ao tornar-se capaz de contribuir com o ambiente, o indivíduo não precisa temer a destrutividade de seus impulsos e nem se haver com a qualidade completa do sentimento de culpa, da ansiedade depressiva ou de uma explosão incontrolada de agressividade. Winnicott (1964a/2005a) nos convida a ver a atividade reparatória inicialmente proposta por Klein por uma outra perspectiva, que é construtiva:

Na criança em processo de amadurecimento surge uma alternativa muito importante à destruição. É a *construção*. Tentei descrever um pouco da maneira complexa como, em condições ambientais favoráveis, um impulso construtivo está relacionado com a

aceitação pessoal, por parte da criança, da responsabilidade pelo aspecto destrutivo de sua natureza. Um dos mais importantes sinais de saúde é o surgimento e a manutenção, na criança, do brincar construtivo (p. 107, grifo do autor)

O gesto espontâneo da criança pode encontrar, no ambiente, oportunidades para contribuir de modo cada vez mais amplo; por exemplo, a criança pode “brincar” de cuidar do irmãozinho mais novo ou de preparar uma sopinha para alimentar a família. As experiências construtivas capacitam o indivíduo a experimentar a destrutividade, através da transformação da força vital em força pessoal, culpa em responsabilidade, o que o capacita a tolerar a destrutividade que pertence à experiência humana.

Quando encontramos com uma destrutividade do tipo cruel (*ruthless*), “não preocupada”, ou mesmo claramente “sádica” (raiva), a capacidade de nos preocuparmos (*concern*) pode nos auxiliar a constituir um ambiente confiante na oportunidade de contribuição, sem reação ou retaliação. Esse ambiente tem uma postura semelhante à da mãe suficientemente boa do cuidado infantil, confiante ao oferecer oposição ativa à agressão e oportunidade para contribuição como destino possível para a destrutividade.

Essa postura, “a mãe que carregamos dentro de nós”, estaria relacionada à tarefa de cuidar de pessoas emocionalmente “doentes”, em crise, especialmente quando elas necessitam depender e agridem (por “crueldade” ou reativamente) as pessoas das quais elas dependem. Segundo Winnicott (1963a/1983), é justamente a confiança do ambiente o que convida o ataque ou o colapso das defesas primitivas, pois existe, nessa confiança, uma história pessoal que confirma: a construção acontece só depois da destruição.

Como dissemos, a capacidade para a preocupação está, em Winnicott, relacionada à saúde psíquica e depende de um ambiente que receba a destrutividade, sobreviva a ela e aceite o gesto construtivo. Esse ambiente, no mais das vezes, é uma família “comum”, a mãe com o marido ou outras pessoas significativas. O bebê é um ser imaturo, e isso é saudável para a idade dele, desde que ele possa contar com esse ambiente suficientemente bom. Ao refletir sobre as qualidades do ambiente inicial do bebê, Winnicott (1956/1982) propõe uma capacidade que pertence ao fazer “natural” de mães comuns: uma identificação profunda com o bebê, que dá origem ao narcisismo primário e todos os acontecimentos até a preocupação (*concern*), à qual o autor dá o nome de preocupação materna primária. Na próxima seção, examinamos alguns dos

elementos centrais dessa ideia de Winnicott, para então relacioná-los ao que compreendemos como a capacidade para cuidar quando a dependência é máxima (cuidado infantil e cuidado à crise psicótica).

3.4 Preocupação materna primária e cuidado infantil

A preocupação materna primária é compreendida, em Winnicott (1956/1982), como a condição emocional de uma “mãe devotada comum” que a possibilita preparar-se para receber seu filho, desde os momentos finais da gravidez até as primeiras semanas depois do nascimento dele. Esta é uma condição “psiquiátrica” especial da mãe, comparável a um “episódio esquizoide”, um estado de sensibilidade aumentada, do qual a mãe dificilmente se recorda, passada a necessidade dele, possivelmente por mecanismos repressivos (recalque).

Winnicott (1956/1982) diz que “não acredit[a] que seja possível compreender o funcionamento da mãe na fase mais inicial da vida de um bebê, sem entender que ela deve ser capaz de atingir esse estado de sensibilidade aumentada, quase uma doença, e recuperar-se dele” (p. 494). É interessante o uso da palavra “doença”, dado que o autor pretende salientar que é necessário que a mãe seja saudável para chegar a esse estado sem precisar defender-se e, mais importante, recuperar-se dele.

A preocupação (*preoccupation*) é a criação de um *setting* dedicado ao bebê, permite a ele uma experiência banal de “continuar a ser”, sem interrupções ambientais, base para o estabelecimento do *self*. Segundo Winnicott (1956/1982), “somente quando possui uma sensibilidade do tipo que estou descrevendo é que uma mãe pode *sentir como se estivesse no lugar do bebê* e deste modo responder às necessidades do bebê. Estas são inicialmente necessidades corporais e gradualmente tornam-se necessidades do ego, à medida que, a partir da elaboração imaginativa da experiência física, surge a psicologia” (p. 496, grifos nossos).

Nesse *setting*, o bebê não compreende o que a mãe faz e nem mesmo é capaz de perceber sua existência e sua dedicação. Se ela fizer tudo bem, o bebê pode então experimentar um “continuar a ser” que lhe permite ser espontâneo a partir de suas tendências pessoais; se ela fracassar, o bebê não experimenta um “fracasso do

ambiente”, mas o que poderiam ser “ameaças à existência pessoal do *self*” (Winnicott, 1956/1982), uma interrupção da linha de continuidade do ser, uma ameaça de aniquilação.

O processo identificatório da mãe com o bebê envolve várias formas (endócrinas, corporais, psíquicas, sociais) que encorajam a mulher a interessar-se em si própria, e transferir o interesse de si para o bebê que cresce dentro dela (Winnicott, 1960a/1983), até atingir uma percepção “hiper-aumentada” de suas necessidades. Nascer, nesse sentido, pode ser idêntico a dar à luz. Esse fenômeno está coberto pelo que o autor compreende ser comum a mães saudáveis (Winnicott, 1966/1988), no cuidado que elas fazem de maneira bastante espontânea.

A constituição do psiquismo se dá na identificação do bebê com o que ele capta da forma de a mãe amá-lo (A. Oliveira, 2007). O amor materno é manifestado por no cuidado (*holding e handling*) que ela faz, em sua preocupação e identificação com ele, que vai do corporal ao psíquico. No cuidado, a mãe convida o bebê a uma existência criativa e potente. Ela oferece um seio que *é*, e então o bebê pode começar a *ser* (Winnicott, 1971/1975). O seio não é apenas um objeto passível de investimento erótico ou a ser fantasiado, mas faz parte do corpo da mãe, está localizado externamente ao bebê e possui características materiais e emocionais próprias.

A identificação materna é uma identificação projetiva (Winnicott, 1956/1982) e permite a fusão, o sucesso original do narcisismo primário (Winnicott, 1954b/1982; Outeiral, 2001), situação onde o centro de gravidade é o conjunto ambiente-indivíduo (Winnicott, 1954a/1982). Nesse “conjunto”, a identificação primária, o narcisismo primário e a onipotência são vividos como um fato de experiência. Kristeva (2005) sugere que, se o narcisismo é um investimento e não um estado inerte da libido em um reservatório, então a fusão na preocupação materna primária permite que o investimento feito pela mãe no filho seja um “investimento feito em si mesma”, o amor ao filho é sentido como primário pelo bebê (Kristeva, 2005).

É importante perceber o acento dado por Winnicott ao caráter “quase patológico” desse cuidado, que aciona mecanismos psíquicos primitivos, pertencentes às primeiras etapas da vida, que são a identificação projetiva e o narcisismo. Para tanto,

a mãe precisa fazer um movimento regressivo, rumo à dependência original, e o narcisismo para ela é secundário, está envolvido com a introversão e o isolamento. Essa dimensão regressiva da preocupação materna primária é o que lhe dá o caráter de “quase doença” dentro do pensamento de Winnicott; a dependência original é uma *dependência dupla*. Segundo Winnicott (1960b/1983):

A suposição feita por mim nesse estudo é de que, na normalidade, a mãe que fica grávida gradativamente atinge um alto grau de identificação com seu bebê. Isto se desenvolve durante a gravidez, tem seu pico no período perinatal e diminui gradativamente nas semanas e meses após o parto. Este fato normal que ocorre às mães tem implicações tanto hipocondríacas como narcisistas secundárias. Esta orientação especial da parte da mãe para com seu lactente não depende apenas de sua própria saúde mental mas é afetada também pelo ambiente. No caso mais simples o homem, apoiado pela atitude social que é, em si, um desenvolvimento da função natural do mesmo, lida com a realidade externa para a mulher, de modo a tornar seguro e razoável para ela se tornar temporariamente introvertida, egocêntrica. Um diagrama disto se parece ao diagrama de uma pessoa ou família doente de paranoia (pp. 134-5).

Na preocupação materna primária, o pai, os amigos, o pediatra e outros adultos têm uma importância tremenda, na sustentação (*holding*) à situação frágil da mãe com o bebê nos braços, no cuidado para que a hipocondria da mãe e a dependência do filho sejam possíveis no início, mas que não se prolonguem mais do que o necessário. O ambiente mais amplo, aquele que “segura” a “fusão mãe-bebê”, pode ser compreendido como a sua família (marido, mãe, irmãos e amigos), bem como o núcleo social mais próximo (médico, professores, comunidade) e ainda esferas sociais mais amplas (instituições sociais, políticas públicas, legislações *etc.*), no que eles podem fazer para *se identificarem com a tarefa das mães* e prover para as necessidades delas.

Além das inúmeras necessidades sociais e afetivas de cuidado do tipo implicado que as mães têm, existem ainda necessidades que demandam uma presença do tipo reservado (Figueiredo, 2012). Para manter alguma saúde mental, ainda que em estado regredido, algo precisa faltar à mãe, impedir que ela encontre toda a satisfação que deseja apenas na regressão narcísica da preocupação materna primária. Esse algo, interno e externo, mobiliza seu retorno ao movimento progressivo, à vida adulta e à saúde. Ela se cansa de adaptar-se totalmente ao bebê, deixa a preocupação materna primária (fusão) e passa a fazer uma adaptação apenas suficientemente boa (falha, “castrada”). É provável que esse afastamento da mãe em relação ao filho esteja

relacionada à função paterna, por seu lugar diante da lei (lei do incesto) e da sociedade (Araújo, 2006).

A provisão oferecida da mãe para o bebê é “empaticamente consistente”, isto é, ela oferece um ambiente consistente, previsível, confiável, mas sem corresponder a uma necessidade sua de rigidez, senão à necessidade do bebê de rotina e previsibilidade, quando ele possui essa necessidade, sendo capaz de mudanças na medida em que o bebê muda. Winnicott (1971/1975) diz que “a ‘mãe’ suficientemente boa (não necessariamente a própria mãe do bebê) é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração” (p. 25).

Estamos confrontados com um paradoxo, no qual o fracasso do ambiente pertence, desde sempre, à sua qualidade “suficientemente” boa. Quando o bebê inicia um momento de diminuição da dependência, a mãe muda de postura e a preocupação materna primária deve ser abandonada. Ela deixa de adaptar-se tão exatamente às necessidades do bebê, por perceber que, ao conseguir suportar mais a experiência de frustração, reunida em uma área (subjetiva) de onipotência, o bebê possui uma nova necessidade, que é a de transmitir sinais que devem guiar a mãe para que ela se adapte.

O ambiente pode até saber do que o indivíduo necessita, mas recua e aguarda o gesto que sinaliza, pois compreende que o indivíduo, para tornar-se cada vez mais independente, tem mais necessidade de aprender a comunicar-se do que de satisfação instintiva. Essa é uma necessidade do ego do bebê, satisfeita pelo ambiente através de um tipo de cuidado “negativo”, no sentido do recuar, abster-se, reservar-se, embora permanecendo encontrável e confiável. Ao abandonar a preocupação materna primária, a própria mãe deixa de ser absolutamente dependente e de estar regredida, retornando a um movimento progressivo rumo a seus interesses de adulta.

Essa transformação parece coadunar com o conceito de *Fürsorge* de Heidegger, ou cuidado autêntico, que começa a ter sentido só quando o ambiente inicia a separar-se do indivíduo, permitir ser substituído por um tipo de “ambiente internalizado”, um cuidado que pertence ao indivíduo. Uma adaptação desse tipo é uma forma da mãe

cuidar de si mesma, já que a separação é concomitante com um abandono da identificação projetiva da preocupação materna e uma progressão de volta à independência.

O abandono não é feito de uma só vez, mas progressivamente, com idas e vindas de uma postura mais identificatória para uma cada vez mais separada, à espera. Até agora, a mãe parece ter-se implicado ativamente para adaptar-se ao bebê, mas agora o momento é de reservar-se, aguardar e compreender as mensagens. E, como as conquistas não são nunca definitivas, a necessidade da criança pode oscilar entre uma postura implicada e reservada. Segundo Winnicott (1960a/1983):

Isso é especialmente difícil para as mães por causa do fato das crianças vacilarem entre um estado e o outro; em um minuto elas estão fundidas com a mãe e requerem empatia, enquanto que no seguinte estão separadas dela, e então, se ela souber suas necessidades por antecipação, ela é perigosa, uma bruxa. É muito estranho que mães que não são nada instruídas se adaptem a essas mudanças no desenvolvimento satisfatório do lactente, e sem nenhum conhecimento de teoria. Este detalhe é reproduzido no trabalho analítico com pacientes *borderline*, e em todos os casos em certos momentos de grande importância quando a dependência na transferência é máxima (p. 51).

A separação faz parte do processo de repressão da situação original de fusão (Winnicott, 1956/1982), tanto para a criança quando para a mãe, dado confirmado por Winnicott pelo fato que mães não costumam recordar-se desse momento de adaptação máxima, depois que ele perde a importância, tanto quanto as crianças mais velhas são incapazes de recordar o que se passa na dependência absoluta, nem mesmo quando se trata de um trauma que foi ali vivido. De fato, o que é reprimido é a sexualidade infantil.

Nesta breve exposição, examinamos a condição paradoxal de uma “doença” psíquica feita no psiquismo de um adulto saudável, condição necessária para ir ao encontro das necessidades primitivas do recém-nascido, quando ele ainda não é capaz de comunicar suas necessidades, isto é, quando é absolutamente dependente. Esse encontro do ambiente com o indivíduo se dá através de uma identificação entre os dois, de modo que, no início, não existe diferença entre ambiente e bebê, mas uma “fusão”: o ambiente adapta-se a todas as necessidades do bebê, até que estas incluam também a necessidade de separar-se e comunicar-se através de sinais (intermediários), quando a identificação diminui progressivamente até atingir um grau de dependência relativa.

Essa experiência do cuidado não deixa de ser exasperante e muito demandante para a pessoa nele envolvida. Lobo (2008) afirma que teorias sobre a maternagem e o cuidado infantil podem ser usadas com finalidade ideológica, para “manter as mulheres em casa”, ausentes do espaço público, quando defendem a “imprescindibilidade” das mulheres no cuidado aos bebês e às crianças. O caso da preocupação materna de Winnicott não é diferente, por isso cabe salientar que o estudo feito por ele do cuidado materno não procura descrever regras do que mulheres devem fazer quando cuidam de seus filhos. Antes, Winnicott estuda o cuidado materno “natural”, espontâneo, para conhecer as condições favoráveis da constituição do *self* e do psiquismo saudável. Isto implica igualmente, segundo Lobo (2008), que o modo como mulheres se constituem em mães não está depositado totalmente sob sua vontade racional ou consciente. É em seu *ser* que uma mãe pode possibilitar a ilusão de fusão, e não em seu fazer, e a disponibilidade do ser de uma pessoa à preocupação depende da forma como essa pessoa pôde experimentar o cuidado em sua própria história. Para Safra (2004), a maternidade e a paternidade são modos como as questões fundamentais da família e da comunidade são rerepresentadas para cada bebê que nasce, conjunção do momento histórico da família, constituída por processos transgeracionais e culturais. Para o autor, a apresentação da mãe ou do pai, tal como é feita na singularização de uma família, é um momento histórico, que depende do contexto social e cultural no qual a ela se cria.

Assim sendo, sugerimos que existe uma continuidade entre a preocupação (*preoccupation*) da mãe com o bebê nos braços e sua aquisição da capacidade de se preocupar (*concern*), quando ela era criança, promovida pelas experiências com sua família de origem, e os modos como o cuidado e a maternidade se constituem em sua cultura. Muito embora Winnicott fale desses dois tipos de preocupação usando palavras diferentes, o próprio autor deixa um traço no qual podemos compreender que uma depende da outra para acontecer, que a regressão feita pela mãe na preocupação materna depende de sua saúde, isto é, de ter podido contar com um ambiente facilitador da aquisição da transicionalidade e da capacidade de se preocupar (*concern*).

Na próxima seção, examinaremos algumas relações possíveis entre a possibilidade de a mãe “estar em” preocupação materna primária e a capacidade psíquica para se preocupar (*concern*).

3.5 Relações entre preocupação materna primária e *concern*

Para adentrar nas relações entre a preocupação (*preoccupation*) e a capacidade de se preocupar (*concern*), tornaremos brevemente alguns passos, até a ideia de agressão e destrutividade em Winnicott. Apresentamos, nas primeiras seções deste capítulo, algumas das diferenças entre Winnicott e Klein (e Freud) no que diz respeito à sua opinião sobre a participação de um “instinto destrutivo” na agressão e no “ciclo benigno” que leva até a capacidade de se preocupar (*concern*).

Como dissemos acima, a agressão primária em Winnicott (1964a/2005a) é o encontro da motilidade muscular com a oposição material do ambiente. Nos estados excitados, surgem impulsos (*drives*) originados da tensão instintiva, os quais demandam uma resposta urgente do ambiente e criam a satisfação ou a frustração; ou relacionados à motilidade, a qual descobre e redescobre a presença material dos objetos contra os quais se choca, localizando lentamente um mundo externo. Se o ambiente puder fazer coincidir a experiência satisfatória com esse elemento de resistência, oposição, que satisfaz a motilidade, então esses dois elementos são fusionados em um *erotismo muscular*, facilitando a elaboração imaginativa das funções corporais e a personalização. Quando a dependência passa a ser menor e a integração é mais estável, a agressividade passa a ter um caráter de instrumentalidade para o indivíduo, na forma da raiva ou ódio pessoal pelo objeto frustrante.

No estágio de preocupação, ocorrem os eventos que Winnicott (1954a/1982) agrupa sob o nome de “desmame”, ou desilusionamento: a mãe já “se cansou” de adaptar-se absolutamente ao bebê e começa a gradualmente “desiludi-lo”, na medida da necessidade de independência do bebê. Ele já está em vias de tornar-se uma pessoa inteira, isto é, os processos de integração tiveram início, embora ainda sem muita estabilidade, mas o enunciado vale justamente porque mecanismos como a projeção e a introjeção já podem fazer sentido: a destruição do objeto e sua sobrevivência localizam-no “do lado de fora”, isto é, cria uma ideia rudimentar de dentro/fora, eu/não-eu (Winnicott, 1954a/1982).

Uma das dimensões da dedicação do ambiente à difícil tarefa compreendida em Winnicott como cuidado materno é tolerar e sobreviver, regredir e progredir, permanecendo a mesma e mantendo a confiança no amadurecimento. Isso significa que, mesmo na regressão psíquica que pertence à preocupação materna primária, algo da saúde mental da mãe como pessoa total é mantido e pertence à capacidade para tolerar a agressão e a destrutividade, não somente sua própria, mas também de seu filho.

A mãe precisa contar com o seu ambiente real, uma indispensável organização familiar que lhe dê suporte e também com elementos de seu ambiente infantil, introjetados na forma de capacidades psíquicas. O cuidado internalizado como capacidade de se preocupar (*concern*) permite que a mãe suporte a destrutividade, sobrevivendo a ela sem retaliar. A preocupação (*concern*) inclui a capacidade psíquica da mãe em ver seu filho como uma pessoa total, localizada fora de sua onipotência, com existência separada e cujo gesto pode tornar-se construtivo.

A preocupação (*concern*) da mãe a permite compreender que o gesto espontâneo se transforma segundo o desejo do filho (eu) e não o desejo da mãe (outro). Se o bebê precisa reagir ao desejo da mãe (“*m/other*”) na fusão, então seu impulso é submisso ao desejo do outro (Outeiral, 2001), problemática da psicose. Para Outeiral (2001), a função paterna é crucial para a separação da “fusão mãe-bebê” e o retorno da mãe à vida adulta.

Em Winnicott (1969/2005), o pai pode ser o primeiro elemento de integração e totalidade pessoal, presente desde a imagem paterna no psiquismo da mãe, seu complexo edípico e no que dele está presente em sua escolha sexual pelo pai do bebê, quando isso é possível. A preocupação (*concern*) da mãe e seu reconhecimento da alteridade a permitem ver seu filho não plenamente como um produto materno, assim como o pai é concedido desde sempre como inteiro e existente, não uma criação do bebê. Para Araújo (2006), essa é uma função paterna dentro do cuidado materno, a qual possibilita que o indivíduo, originalmente “auto-criado”, perceba-se como resultado da sexualidade de um par, na medida em que a mãe permita a entrada do pai no universo do bebê, representante da lei, verdadeira alteridade. A função paterna, presente no recrudescimento da preocupação materna primária, abre o caminho para a problemática do complexo de Édipo e da neurose. A preocupação do pai ou de outras figuras

(familiares ou sociais) que facilitam essa função paterna auxiliam a mãe e o bebê com o processo do desmame, já que outras pessoas precisam estar disponíveis para assumir responsabilidades sociais e simbólicas com o que foi, inicialmente, uma fusão de uma mulher e seu filho e passa gradualmente a compor o retrato de uma família.

Winnicott (1965/2001) nos diz que os efeitos da vida familiar dos pais se fazem entrever no cuidado que eles são capazes de fazer de seus filhos. O ambiente nunca deixa de ter importância no desenvolvimento saudável, assim como a dependência nunca se transforma em completa independência. Para o autor, a constituição de uma nova família possa ser uma manifestação da preocupação (*concern*) na contribuição ativa da sexualidade, da procriação e do cuidado aos filhos (Winnicott, 1963a/1983). Toda uma série de experiências agressivas e destrutivas dos indivíduos junto à casa de seus pais e outros lugares da cultura podem ser reconstruídas no criar e sustentar uma família. A própria contribuição das crianças, aceita pelos pais, é tanto criativa quanto construtiva e facilita os processos de integração na família (Winnicott, 1965/2001).

Antes de finalizar este capítulo, passaremos ao exame de um importante elemento do cuidado humano que foi aqui mencionado várias vezes, embora não de modo sistemático, que é a ilusão. A ilusão é uma das experiências que permitem a criação dos fenômenos transicionais, o brincar, a experiência cultural, a artística e a religiosa e, segundo o que ora sugerimos, a experiência de cuidado. Além da capacidade de se preocupar (*concern*), veremos que o cuidado materno e a regressão à preocupação materna primária dependem igualmente da capacidade para transicionalidade (Januário, 2012), o que permite um estado paradoxalmente concomitante de regressão à identificação primária, preocupação (*concern*) e sentido social.

3.6 Ilusão e área transicional da experiência

O estado intermediário originado pela crescente habilidade do indivíduo em reconhecer e aceitar a realidade e aceitar a linguagem depende da experiência de ilusão, uma concessão feita pelo ambiente de que uma área de experimentação não será reivindicada e nem questionada. A ilusão pertence à etapa da dependência absoluta, quando a mãe oferece uma oportunidade para que o bebê viva, no primeiro instante de

sua vida, ‘como se’ o mundo fosse criação sua. Essa é uma dádiva oferecida pela mãe, mas para o bebê, a onipotência é vivida como fato de experiência, com qualidade de realidade. Safra (2005) nos relembra uma bonita passagem de Winnicott a respeito da experiência de onipotência da criatividade primária:

Temos de dizer que o bebê criou o seio, mas não poderia tê-lo feito se a mãe não chegasse a ele com o seio, exatamente naquele momento. A comunicação para o bebê é: ‘Chegue ao mundo criativamente, crie o mundo: somente o que você cria é que possui significado para você’. A seguir, vem: ‘O mundo está sob seu controle’. A partir dessa experiência de onipotência inicial, o bebê está apto a começar a experimentar a frustração, e mesmo chegar, certo dia, ao outro extremo da onipotência, ou seja, à sensação de ser um mero pontinho num universo, o qual já existia antes de ele ser concebido, e concebido por dois genitores que estavam tendo prazer um com o outro. Não é a partir de serem Deus que os seres humanos chegam à humildade apropriada à individualidade humana? (Winnicott, 1968, citado em Safra, 2005, p. 37).

A ilusão permitida pelo ambiente é que a realidade externa corresponde à necessidade do indivíduo, e que essa realidade externa é, de fato, uma criação sua, resultado de sua própria potência e existência. Não há, ainda, uma troca entre mãe e bebê, pois o bebê ainda não sabe sobre a ilusão, ele sabe apenas sobre a experiência de onipotência e de criatividade primária.

Aquilo que começa como uma ilusão de coincidência exata entre a necessidade do bebê de criar um objeto satisfatório e a existência material desse objeto não pode durar muito tempo, e a própria mãe sabe que a ilusão progressivamente transforma-se em desilusão através do desmame. Mas o bebê pode suportar ser desiludido, isto é, pode substituir a mãe em sua tarefa de fazer encontrar subjetivo e objetivo, se puder experimentar algo em uma “área intermediária de ilusão” (Winnicott, 1952/1982) que pode continuar a ser vivida, sem ameaças ou questionamento. Nessa nova área da experiência do bebê, a mãe é substituída por um outro objeto devotado, que existe apenas porque o bebê o cria, que é o seu brinquedo.

Quando os fenômenos transicionais se tornam possíveis, é que a dependência diminuiu, alguma integração é estável e todos os processos primitivos descritos até aqui já podem ser dados por garantidos (Winnicott, 1917/1975). No início da vida, a área transicional é ocupada por um brinquedo, com textura e materialidade próprias, que é eleito pela própria criança para substituir o seio da mãe quando ele ainda era um objeto subjetivo. Ao conceder a substituição do seio da mãe por um outro objeto, a criança dá

origem a um fenômeno transicional, uma via rumo ao princípio de realidade. O objeto é uma “primeira possessão não-eu”.

Na área da relação com o objetivamente percebido, a criança torna-se uma pessoa que reconhece e relaciona-se com outras pessoas, sobretudo a partir de sua capacidade perceptiva. Em seu mundo interno, ela torna-se uma unidade com uma membrana limite e uma realidade pessoal, inacessível. O que torna esses dois mundos uma experiência humana completa, intra e interpessoal, é a concessão de uma área intermediária de experiência, um lugar de descanso onde não é necessário fazer diferença entre o interno e o externo, entre separar e relacionar. O brinquedo eleito pela criança, sua possessão não-eu, cumpre uma tarefa que é material, física e ao mesmo tempo subjetiva: relacionar mundo interno e externo.

Já em Freud (1923/1996) encontramos que a diferença entre percepção interna e externa, diferenciação que é tarefa do ego, não é dotada de certezas. Ele sugere a existência de algo *intermediário* entre as duas percepções, algo que se comporta como uma percepção interna, mesmo quando sua fonte se encontra no meio externo. O conceito de fenômeno transicional de Winnicott aproxima-se dessa área intermediária sugerida por Freud, e localiza nessa área o brincar e a experiência cultural, criações humanas nas quais o compartilhar torna suportável a tarefa do teste de realidade: o mal e o remédio para a condição humana.

O objeto transicional, experimentado entre a criatividade primária e a percepção objetiva, possibilita ao indivíduo o uso da ilusão mesmo que diante da desilusão, ou dos crescentes fracassos adaptativos da mãe suficientemente boa. Ela vê que algum objeto ou ação (cobertor, ursinho, canção de ninar *etc.*) é muito importante para o bebê e permite que esse fenômeno seja acessado quando a criança quiser, pois esta é uma maneira de lidar com a tensão inerente ao relacionamento entre realidade interna e externa, faz parte do amadurecimento e da saúde da criança. “Não é o objeto, naturalmente, que é transicional. Ele representa a transição do bebê de um estado em que este está fundido com a mãe para um estado em que está em relação com ela como algo externo e separado” (Winnicott, 1971/1975, p. 30).

O importante para a criança é que o brinquedo não seja um objeto interno, um conceito psíquico, mas uma *possessão*. Ao mesmo tempo em que o objeto tem textura

própria, é macio, rugoso, colorido *etc.*, evidências de sua existência material e objetiva, ele também está disponível para ser receptáculo de uma existência subjetiva projetada pela criança.

O que ocorre na área transicional pode parecer externo à criança, porém, do seu ponto de vista, não é externo e nem separado, mas não é tampouco uma alucinação. Essa área permite a transição de um mundo subjetivo para o mundo objetivamente percebido, do objeto interno ao externo, do controle mágico ao controle por manipulação (Winnicott, 1971/1975). O objeto transicional representa o objeto das primeiras relações (o seio), é seu substituto, usado também como conforto para as situações quando o humor depressivo se aproxima, preparando o terreno para que as experiências subjetivas possam encontrar modos de expressão construtiva.

No brincar, a criança começa a provar uma satisfação que é também psíquica e não apenas erótico-muscular. É uma satisfação relacionada às necessidades egoicas, à capacidade do objeto em sobreviver a ataques cada vez mais medonhos sem a necessidade de protegê-lo, porque o brinquedo não sente dor (só quando a criança quiser). Ela pode colocar o boneco de castigo, torturar-lhe, arrancar-lhe um olho, cortar-lhe os cabelos, experimentar superar todo tipo de limite e oposição material que o objeto proporciona por sua existência física. Além disso, ele está sob o controle mágico da criança, que lhe confere qualidades emocionais a cada brincadeira. Ele é escolhido pela criança e de fato criado por ela em sua relação cotidiana. Abre um mundo de satisfações substitutivas onde investir impulsos libidinais e agressivos (Winnicott, 1951/1982).

A relação com o brinquedo, o objeto transicional, é a um só tempo um assumir total controle sobre o objeto e o início de uma ab-rogação da onipotência, já que parte do poder de existência da criança é, de fato, transferido para o objeto, que agora assume uma existência subjetiva, como um objeto magicamente animado (Winnicott, 1951/1982).

Essa área transicional, intermediária, permanece indisputada pelos elementos psíquicos e pelos reais. O que acontece ali não deve ser reivindicado seja pelo mundo interno (eu criei), seja pelo mundo externo (você encontrou já pronto). O que permite a qualidade simultaneamente indiferenciada e incontestada é a permanência, tanto no

psiquismo da criança quanto em seu ambiente, da *substância da ilusão*, permitida pela mãe e apenas parcialmente desfeita na ausência dela.

A área de experiência transicional origina, portanto, uma nova capacidade, que é o uso de um substituto. Substituir o seio torna o bebê menos dependente, libera a mãe para tornar-se cada vez menos adaptativa, cada vez mais ela própria e começar a questionar o bebê, esperar dele algum reconhecimento pelas coisas que ela faz (como é que se diz? ‘Bigadu’). Segundo Winnicott (1960b/1983), “isto é a base do símbolo que de início é, ao mesmo tempo, espontaneidade e alucinação, e também, o objeto externo criado e finalmente catexizado” (p. 133).

Em algum momento, a experiência é nomeada, com a invenção de uma palavra para o objeto, agora batizado pela criança. O uso de palavras é um tipo de aceitação interna do mundo dos humanos como reserva: antes de poder falar a linguagem dos adultos, o bebê deve provar inventar uma versão rudimentar muito particularmente sua, com palavras apenas parcialmente referentes à língua materna. O nome de seu brinquedo é uma delas, a mãe é uma das poucas pessoas igualmente proficientes nessa protolíngua.

O fenômeno transicional é um fazer e, como tal, dá-se no espaço e no tempo. A experiência espacial e temporal da criança é inaugurada pelo seu fazer, inicialmente com a mãe, no cuidado, e depois com o brincar com ela e com o brinquedo. É nesse acontecer e seu modo muito particular de abrir os vazios aonde a criança envia seu gesto e encontra um mundo humano, cultural. Esse espaço, que não é nem interno (psicossomático) e nem totalmente externo (pode ser habitado pelo psiquismo e pelo corpo), expande na exata medida do fazer da criança, inicialmente pequeno e físico, mas rápida e progressivamente maior e mais simbólico. O fato de que a mãe gradualmente exige a compreensão da criança sobre sua ausência no desmame inaugura e qualifica a experiência da criança com o espaço vazio que ela cria e com o tempo que ela demora. No espaço vazio, potencial, o brinquedo possui também suas qualidades de cuidadora e apaziguadora. Abraçado ao ursinho, a criança pode dormir tranquila ou chorar em paz.

Para Winnicott (1971/1975), existe uma continuidade entre os braços maternos, o primeiro objeto transicional, o brincar e a experiência cultural. A continuidade no tempo e no espaço de um ambiente emocional adaptado às diferentes necessidades do

indivíduo permite as experiências da ilusão, do desiludir e do compartilhar ilusões. Winnicott (1952a/1982) nos ilustra seu ponto de vista segundo um diagrama semelhante ao seguinte:

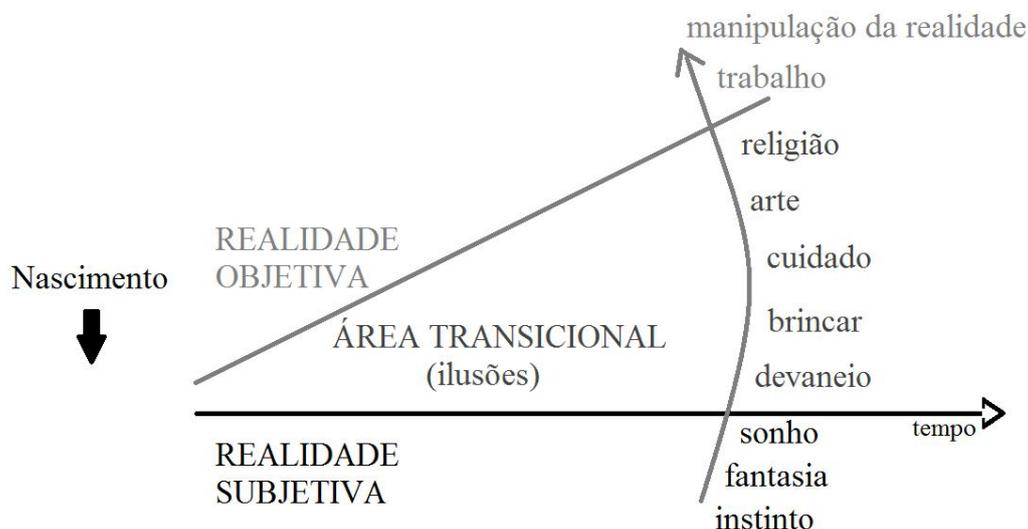


Figura 1. Representação gráfica da área transicional da experiência, segundo Winnicott (1952/1982).

Vemos, nessa figura, a divisão de três áreas da experiência humana, com uma continuidade, no tempo, entre o que é realidade subjetiva, desde as experiências instintivas, até a realidade objetiva, onde se manipula a materialidade externa. A continuidade desde o instinto até o trabalho do adulto em sociedade, permitida pelas ilusões experimentadas em uma área transicional, promovem a sensação de que a contribuição na esfera mais objetiva, mais externa e compartilhável pode ser vivida de modo satisfatório.

A cultura humana encontra-se nessa área intermediária do psiquismo (Winnicott, 1971/1975), caso consintamos com a ideia de que os elementos culturais são ilusões que compartilhamos, as quais facilitam nosso acesso à realidade objetivamente percebida. A existência dessa terceira área da experiência, intermediária e transicional, promove um convite à experiência compartilhada, feito inicialmente pelos pais da criança, desde quando ela é sonhada e nomeada, ainda durante sua vida intrauterina, e continua na busca de objetos intermediários entre o subjetivo e o objetivo na experiência com o

brincar e com os outros dispositivos culturais disponíveis a serem criados. No diagrama acima, não importa dizer se existe uma hierarquia entre o trabalho e o sonho: a ilusão intermediária faz uma continuidade entre eles. Brincar torna-se, nessa perspectiva, uma atividade tão séria e importante quanto o ativismo social, a religião e a arte. Winnicott (1959/2005) diz, sobre a experiência de ouvir, em um concerto, um quarteto de cordas de Beethoven:

Esse quarteto não é apenas um fato externo produzido por Beethoven e tocado pelos músicos, e não é um sonho meu, que, em realidade, não teria sido tão bom. A experiência, acoplada à preparação que eu mesmo fiz para ela, capacita-me a criar um fato glorioso. Eu o desfruto porque digo que o criei, alucinei-o, e é real e teria estado lá houvesse eu ou não concebido. Isto é louco. Em nossa vida cultural, porém, aceitamos a loucura exatamente como aceitamos a loucura do bebê que alega (ainda que em murmúrios não-compreensíveis) ‘eu alucinei isso e faz parte da mãe que se achava lá antes de eu aparecer’ (p. 47).

Como apreendemos dessa citação, o conceito de área transicional nos permite relativizar quais são as experiências banalmente chamadas de loucura, porque aponta o valor positivo, saudável, presente em experiências bizarras, estranhas ou paradoxais. A patologia não habita apenas no paradoxo ou na estranheza, mas também na qualidade não suportada do sofrimento. Esse “suportável ou não” convida sempre uma reflexão sobre o ambiente e os recursos necessários para dar suporte (*holding*) a experiências que nos transbordam e que precisam ser compartilhadas para serem suportáveis, compartilháveis para serem mais do que subjetivas ou objetivas.

Em um dos textos mais notáveis de Freud sobre a ilusão (1927/1996), ele mostra-se convencido que os princípios religiosos fazem parte de uma construção ilusória coletiva. O desejo piedoso dos evangelistas, embora seja uma máxima mais antiga do que o cristianismo, “amar ao próximo como a si mesmo”, a ilusão de que nos diz Freud (1930/1996), nos leva de volta ao enigma de como um ambiente pode ser “suficientemente bom”. É uma pessoa dedicada quem consente à criança a criação do espaço transicional, onde ela brinca de deus, demônio, de sexo e perversões várias, a brincadeira que leva o desejo ao pensar. O enigma, nos conta Kristeva (2005), é que não é fácil amar a si mesmo: geralmente ou é impossível ou é trágico. No entanto, através da ilusão, a mãe consegue amar seu filho como a si mesma, por identificação, e depois amá-lo como a um outro, consentindo que a ilusão da identificação talvez jamais seja

rompida por completo. A desilusão presente no ‘do mim mesmo ao próximo’ é gradual e nunca completa; seu trabalho é igualmente compartilhar de uma ilusão e assim também dela compartilha quem deseja cuidar para que alguém se torne enfim capaz de brincar.

A história da criança com seu objeto transicional infantil tem um fim gradual e ausente de luto. O objeto torna-se paulatinamente desinvestido pela criança e o que resta não é o objeto nem a posse do objeto, que termina esquecido em um canto e deixado para lá. De fato, o que permanece da relação original com o objeto transicional é uma nova capacidade: a habilidade para experimentar um tipo transicional de fenômeno. Essa habilidade torna-se difusa, disseminada por todo o campo da cultura.

O brincar foi estudado por Winnicott a partir da análise com crianças, onde faz parte da técnica. No entanto, o autor estava interessado em compreender o brincar não apenas dentro da sessão analítica, mas na experiência humana, onde é originalmente encontrado. As qualidades que o analista encontrou no brincar analítico com crianças passaram a compor sua visão sobre os fenômenos transicionais em geral, de crianças e adultos.

Em um artigo sobre as qualidades do brincar analítico de Winnicott, Franco relembra seu componente espacial e corporal. Segundo o autor (Franco, 2003):

Este brincar na sessão certamente envolve o corpo. A excitação está presente. Quando a excitação chega, contudo, a determinado nível, pode afetar a brincadeira e até a integridade do eu do paciente. A sedução do analista, por exemplo, pode ter este efeito desastroso, impedindo o verdadeiro brincar. A excitação deve ser mantida abaixo do ponto em que ela demanda uma gratificação física. Se a excitação sobe e não é gratificada fisicamente, ocorre a frustração, com toda sorte de desorientação que a acompanha. Há a possibilidade, também, de se buscar uma gratificação deslocada, com reações de violência e agressividade. Neste ponto não se pode mais sustentar a sessão, e o brincar atinge seu ponto de saturação. Mas enquanto o brincar ocorre, aparece um elemento legitimamente prazeroso. O brincar é, resumindo, excitante e precário ao mesmo tempo. A excitação e a angústia devem ser mantidas em níveis tais que não destruam pela sua intensidade a possibilidade sempre precária de brincar — uma possibilidade delicada de jogar com os universos todos da experiência do indivíduo (p. 50).

Podemos dizer, portanto, que, no brincar, tal como o compreende Winnicott em termos transicionais, a função do substituto sublima o instinto quanto à sua meta sexual. Se o brincar dá-se em um espaço e tempo, isso implica na brincadeira a existência de

um ambiente humano, seja ele o *setting* analítico ou uma família. Para chegar a substituir a mãe por um brinquedo, a criança depende de sua história com uma pessoa real que se afetou com o ataque (sobreviveu a ele, sem denegá-lo e nem retaliar) e recebeu o gesto construtivo. A efetiva experiência erótico-muscular foi uma realidade na vida da criança, doravante livre para elaborar a impulsividade em uma aceitação da separação e da responsabilidade pessoal. Esses são temas que pertencem à aquisição da capacidade de se preocupar (*concern*), necessária para o cuidado, o qual nós localizamos na área transicional.

4 Ambiente e metapsicologia do cuidado

Embora, apontamos acima, o cuidado não seja necessariamente temática central de teorias psicanalíticas, encontramos, no arcabouço das produções psicanalíticas brasileiras, sensíveis contribuições sobre a tarefa do cuidado em diversas situações, clínicas e culturais. Uma delas é a elaboração feita por Figueiredo (2012) de uma metapsicologia do cuidado, isto é, uma descrição psicológica, topológica, econômica e dinâmica de fenômenos que pertencem ao cuidado.

O autor tece reflexões a partir da filosofia contemporânea e do campo psicanalítico, em conformidade à postura de atravessamento de paradigmas (Figueiredo, 2012): o “uso” do acervo teórico e cultural “aponta para o caráter complexo e paradoxal assumido pelas teorizações e estilos que então se forjam [na clínica psicanalítica], desconstruindo as velhas oposições paradigmáticas” (p. 18). Esse atravessamento permite a prática da clínica psicanalítica na ideia de que o referencial teórico é a reserva do analista, serve como nutrição para o trabalho que ele faz com o caráter paradoxal de seu objeto (a relação com seu paciente), cuja irreduzibilidade se transfere para o modo com o qual o psicanalista cria e usa as teorias.

Para Celes (2010), a presença do psicanalista em campos fora do “dispositivo padrão” e a participação multidisciplinar do psicanalista é possível também por sua preocupação com a situação analítica, ou analisante, no sentido de criar o ambiente que tem força analítica, auxilia reorganizações subjetivas duráveis no tempo, mais do que mudanças de comportamentos parciais ou específicos. Esta, segundo ele, é uma preocupação presente na metapsicologia do cuidar de Figueiredo, destinada a compreender e descrever a situação geral do cuidar, tanto aquele de base psicanalítica, quanto em outros modos de cuidar presentes na cultura.

Um desses modos é o próprio cuidado materno, estudado também por Winnicott, um dos referenciais teóricos usados por Figueiredo. Para os propósitos deste capítulo, salientaremos algumas das contribuições de Winnicott presentes na metapsicologia do cuidado de Figueiredo (2012), sobretudo no estudo das funções de cuidado presentes nos modos implicado e reservado em que se apresenta o agente de cuidado.

4.1 Matrizes de intersubjetividade e funções de cuidado na presença implicada

Figueiredo (2012) sugere a presença de matrizes da intersubjetividade no cuidado, que é sempre uma vivência relacional. As matrizes da intersubjetividade são intrapsíquica, transubjetiva, interpsíquica e interpessoal. A dimensão intrapsíquica é aquela mais popularizada, segundo o autor, em textos psicanalíticos, aparentemente priorizada em trabalhos que se dedicam à construção da metapsicologia de casos clínicos, a partir do trabalho analítico, em sua maioria segundo o dispositivo analítico padrão. É a respeito da matriz intrapsíquica da intersubjetividade que encontramos escritos sobre o indivíduo e seu inconsciente, suas relações de objeto, vividas e fantasiadas, as possibilidades afetivas e outras funções psicológicas. O autor usa paradoxos para pensar a clínica e o cuidado; um deles é a perspectiva de que mesmo o intrapsíquico possa ser visto como uma forma de intersubjetividade.

De modo um tanto menos evidente figuram as matrizes trans e intersubjetiva e interpessoal da intersubjetividade na literatura psicanalítica, embora constituam um campo igualmente fundamental para a clínica quanto o da topologia intrapsíquica. Tratamos do campo do cuidar, nunca alheio ao trabalho da clínica, lugar primordial da psicanálise. Nesse campo, não importam apenas os elementos individuais de um paciente, mas igualmente aqueles que o unem ou desunem a uma noção de relacionamento pessoal, com a comunidade e uma noção de humanidade e ética.

Nas matrizes de intersubjetividade, Figueiredo (2012) propõe um verbo, um tipo de fazer, relacionado a cada uma das figuras de alteridade, ou de intersubjetividade, envolvidas no cuidado e que pertencem à capacidade de cuidar. Eis, brevemente, as três figuras de intersubjetividade que examinaremos neste capítulo e os principais conceitos winnicottianos a elas relacionadas: na figura *transubjetiva*, há o verbo *sustentar*, relacionado à ideia de *holding* (Winnicott, 1960a/1983); na figura *interpessoal*, há o verbo *reconhecer*, relacionado à ideia de papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento (Winnicott, 1971/1975); na figura *intersubjetiva* ou traumática, há o verbo *interpelar*, relacionado às ideias de agressão e oposição que levam à separação entre “eu” e “não-eu” em Winnicott (1950/1982).

Quando falamos sobre capacidades psíquicas, como a capacidade de se preocupar e de cuidar, de si e dos outros, estamos no que Figueiredo compreende como matriz intrapsíquica da subjetividade. São funções da relação de cuidado, vivida entre duas ou mais pessoas, que são internalizadas na forma de funções psíquicas de um indivíduo, internas a ele e que pertencem à sua história pessoal com a intersubjetividade. Neste capítulo, daremos mais ênfase às outras três matrizes da intersubjetividade, igualmente presentes nas relações nas quais o cuidado é vivido e nas formas da alteridade na experiência humana, em particular, no cuidado materno (parental) e na clínica psicoterapêutica.

4.1.1 Sustentar e segurar (*holding*)

A primeira das três figuras de alteridade descritas por Figueiredo (2012), a *matriz transubjetiva da intersubjetividade*, diz respeito às formas primordiais do devir humano, comporta a indiferenciação inicial, a identidade primária necessária para que as subjetividades se constituam. É o terreno do acolhimento, do suporte para a continuidade do ser, onde cada subjetividade humana se enraíza e a partir do qual faz recortes, cria a separação, a ruptura e a diferenciação. A partir dessa condição indiferenciada não integrada é que emerge o separado; conseqüentemente, é a tolerância de um estado sem bordas, fundido, que constitui pouco a pouco o limite entre a subjetividade e a alteridade. Nessa dimensão transubjetiva, somos recordados de que o ser advém do ainda-não-ser, o cuidado transforma a potência de ser, o vir-a-ser puro e inespecífico é forjado a partir de um estado primário de indiferenciação e não-integração e que a alteridade verdadeira emerge de uma condição originária de fusão e identificação.

Sustentar e acolher, próprios da matriz transubjetiva, tratam de fornecer ambiente, hospedar o ser em sua continuidade não perturbada. No início, a mãe funciona como uma instituição de cuidado sem fronteiras, desde que ela própria disponha de instituições que lhe deem lastro e suporte. Falamos aqui então de uma transubjetividade que não só descreve aquele ambiente onde o bebê é cuidado, mas também a função mesma de cuidar ou de oferecer suporte que pode ser encontrado na experiência humana em uma dimensão temporal ancestral.

O cuidado materno satisfatório é um *cuidado parental* compreendido em Winnicott (1960a/1983) como três estágios sobrepostos: 1) *holding*, 2) mãe e filho vivendo juntos (com o pai oculto para a criança, ocupado em lidar com o ambiente para a mãe) e 3) pai, mãe e filho vivendo juntos. *Holding* indica o segurar físico de um bebê, que é a primeira forma que um adulto pode amar o bebê, mas também o tipo de ambiente necessário para sustentar a dependência máxima, absoluta, antes mesmo que se iniciem as experiências instintivas que posteriormente determinam as relações objetais (Winnicott, 1960a/1983). Essa fase do cuidado está relacionada com os processos que levam à integração do ego com a pele como membrana limite, à existência psicossomática (habitar psicologicamente o próprio corpo) e a união das duas bases do comportamento impulsivo (Winnicott, 1960a/1983), isto é, a fusão dos elementos do erotismo e do movimento.

No *holding*, a mãe oferece uma proteção egoica (*ego coverage*, Winnicott, 1962b/1983), algo semelhante ao “escudo protetor” proposto por Freud (1920/1996). Essa cobertura, feita inicialmente pelo próprio útero, depois pelos braços, é uma adaptação ativa que protege o bebê de ter de reagir ao ambiente, ou mesmo de compreender a existência do ambiente e o fato da dependência. A aniquilação é apenas uma ameaça contra a qual o indivíduo é protegido pelo cuidado, inicialmente físico e gradualmente psíquico. Essa proteção permite a continuidade do ser a partir da qual um “*self* unitário” pode se constituir.

Abram (2000) sugere que o ego em Winnicott define um aspecto do *self* que auxilia a função de integração. De fato, Winnicott parece usar a palavra ego para descrever a parte do indivíduo que tende a se integrar em uma unidade, desde que possa contar com um ambiente suficientemente bom. Segundo ele, “o início está no momento em que o ego inicia” (Winnicott, 1962b/1983, p. 56), desde que se lembre que o início é alcançado e recuperado em uma “soma de inícios”. Podemos igualmente compreender a origem do ego infantil na função de “ego auxiliar” da mãe no *holding*. Nessa situação de cuidado, o sentimento de ser está no centro do conjunto ambiente-indivíduo, permitido pela identificação primária. O investimento da mãe em si mesma (seu filho) possibilita que o ego da mãe seja, temporariamente, o ego do bebê, no que ele promove de integração, personalização e realização através do cuidado.

O centro do sentimento de ser, o núcleo do *self*, é vivido de um modo isolado, isto é, não deve ser invadido pelo ambiente. Essa é, dissemos, uma compreensão paradoxal do início da vida psíquica, vivida de modo isolado e em dependência máxima. Para atingir algum grau de continuidade nas experiências instintivas e nas relações com os objetos, o bebê depende de, no início, experimentar a ilusão de que cria, em isolamento, exatamente o mundo que ele encontra já pronto. Isso quer dizer que o ambiente não exige nada do bebê, apenas *deseja que ele seja*. Uma relação direta é substituída, no cuidado materno, por uma ilusão de isolamento absoluto e os impulsos instintivos, advindos do “verdadeiro *self*” não são encontrados pelos objetos, mas os objetos são encontrados pelo impulso, porque permaneceram à espera do gesto espontâneo. As necessidades assim satisfeitas são tão bem-feitas que o bebê, no fundamento de seu relacionamento com o ambiente, tem uma breve *experiência de onipotência* (Winnicott, 1962b/1983).

Esta é uma característica da adaptação ativa do ambiente, quando ele está identificado profundamente com o bebê em seu estado de dependência máxima. Isso não significa que a qualidade “suficientemente boa” está relacionada a uma habilidade em satisfazer os impulsos orais (*oral drives*) da criança, ou, pelo menos, não de modo central. Em vez de pensar no bebê como alguém que sente fome, o que seria o aspecto “instintivo” ou mesmo intrapsíquico do fenômeno, Winnicott nos leva a pensar no ser humano como um “ainda-não-ser, quase-sendo”, imaturo, constantemente prestes a sofrer uma “ansiedade impensável” (*unthinkable anxiety*, 1962b/1983, p. 56), que é a interrupção do ser. Este seria o aspecto relacional, ou poderíamos dizer transobjetivo, do fenômeno, já que o “prestes a” está relacionado ao desamparo remediado pela sustentação da dependência. A ansiedade impensável, o deixar de ser, é evitado pelo *holding* (Winnicott, 1962b/1983, p. 56).

Na clínica, o sustentar é possível pela identificação do terapeuta com o paciente, ainda que não tão profunda quanto a da mãe com seu recém-nascido, mas o bastante para manter o terapeuta aberto ao outro, com seus juízos em suspenso (em reserva), à espera para acolher e sustentar aquilo que se origina de um gesto espontâneo do paciente. O *setting* terapêutico é organizado para manter a abertura fundamental ao outro, mais além das diferenças entre as subjetividades. Para tanto, ele precisa ser

bastante livre de preconceções que imponham uma identidade ou um saber *a priori* sobre o outro, como ideias rígidas acerca de um determinado psicodiagnóstico, prognóstico ou mecanismos de tratamento mais “em voga”.

4.1.2 Reconhecer e o papel de espelho

Na metapsicologia do cuidado (Figueiredo, 2012), o reconhecer está relacionado com os verbos testemunhar e refletir/espelhar, implicações da *matriz interpessoal da intersubjetividade*. Duas pessoas, uma de frente à outra, se reconhecem e se refletem, enriquecem suas imagens e identidades. Segundo Figueiredo (2012):

O espelhamento que não inclua o autêntico testemunho não poderá efetivar a tarefa de reconhecimento, criando imagens falseadas e alienantes do *self*. Muitas vezes, cuidar é, basicamente, ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto dos cuidados no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho e, se possível, levando de volta ao sujeito sua própria imagem (p. 138).

Winnicott (1971/1975) apresenta uma teoria sobre o espelhamento na constituição do psiquismo infantil, que é o papel de espelho feito pela mãe e pela família no desenvolvimento do indivíduo. Para ele, a própria face da mãe tem uma função na constituição do ego e no enriquecimento da imagem de si, segundo o afeto comunicado pelo rosto de quem cuida, o que a mãe sente quando olha o bebê, enquanto cuida dele.

Em uma situação comum no momento da amamentação, observada por Winnicott (1971/1975), um bebê levanta os olhos e encontra o rosto da mãe. Não é simplesmente o rosto da mulher o que ele vê, mas, dali do ângulo do seio, o bebê vê o atual afeto de sua mãe. Depois de uma certa experiência de receber de volta aquilo que ele dá emocionalmente para a mãe, o bebê vê a si próprio no rosto dela (Winnicott, 1971/1975). Esses dois rostos idênticos, um espelho para o outro, originados da identificação da mãe com o filho, é o início de um sentimento de identidade para o bebê e enriquece o seu ego com as qualidades dos sentimentos da mãe por ele. No início, ele é idêntico aos sentimentos da mãe e isso lhe dá imagens de si.

O rosto da mãe é, no entanto, um estranho espelho de dois lados, forma uma imagem que vê e sente. Ao tentar pensar sobre o processo maturacional que ocorre no

psiquismo do bebê envolvido com essa tarefa, diz Winnicott (1971/1975): “Quando olho, sou visto; logo, existo. Posso agora me permitir olhar e ver. Olho agora criativamente e sofro a minha apercepção e também percebo. Na verdade, protejo-me de não ver o que ali não está para ser visto (a menos que esteja cansado)” (p. 180).

Na psicoterapia, essa função de espelho está no trabalho que o terapeuta faz em devolver ao paciente aquilo que ele trouxe ao *setting*, a longo prazo. Segundo Winnicott (1971/1975):

É um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto. Essa é a forma pela qual me apraz pensar em meu trabalho, tendo em mente que, se o fizer suficientemente bem, o paciente descobrirá seu próprio eu (*self*) e será capaz de existir e sentir-se real. Sentir-se real é mais do que existir; é descobrir um modo de existir como si mesmo, relacionar-se aos objetos como si mesmo e ter um eu (*self*) para o qual retirar-se, para relaxamento (p. 161).

Não se trata, sabemos, de oferecer ao paciente um rosto plano, neutro, anônimo. O rosto do terapeuta, e toda a sua postura, estão disponíveis para serem afetados pela “verdade” da presença do indivíduo do qual ele cuida. O afeto despertado no terapeuta, devolvido silenciosamente para o paciente na afetividade daquele, na escuta viva feita por uma pessoa emocionalmente presente, testemunha e reflete a existência do paciente e os efeitos despertados no mundo por essa existência. Através do reconhecimento do terapeuta, o indivíduo pode ter uma melhor noção de quem ele próprio é, um teste de realidade que fundamenta seu autoconceito e autoestima para além de fantasias ou conceitos puramente subjetivos. Para Figueiredo (2012), “neste mundo em que as desproporções proliferam entre os desejos e seus objetos, os medos e seus motivos *etc.*, a experiência da medida, enraizada em um reconhecimento preciso do outro, comporta um potencial ético difícil de ser exagerado” (p. 138).

O rosto da mãe não é um espelho, nem tampouco o é a face do terapeuta. Lentamente, a ação de cuidado proporcionada pelo reconhecimento leva à vivência de que o “testemunho” é mútuo. Uma pequena área da face de todos nós permanece como um minúsculo espelho, onde uma imagem do mundo aonde enviamos nosso olhar é sempre inscrita: a úmida superfície do olho. Na imagem do mundo refletida em nossos olhos, mudamos o aspecto do mundo e a ele devolvemos essa mudança. Ao mesmo tempo, uma imagem do mundo onde vivemos não deixa de compor sempre nosso rosto,

nossa própria imagem. Rumo à saúde, terapeuta e paciente ambos se refletem no testemunho que fazem através do cuidado.

4.1.3 Interpelar e a oposição

A terceira figura da alteridade, a *matriz intersubjetiva da intersubjetividade*, possibilita o recorte do ser desde a indiferenciação. Figueiredo (2012) afirma que essa dimensão na qual habita a diferença e a separação é, com efeito, vivida de modo *traumático*. A resistência do ambiente à fusão completa, a resistência material e psíquica do ambiente humano, é um fracasso em ser sempre perfeitamente idêntico; cria uma diferença radical no âmbito da intersubjetividade, isto é, inaugura a verdadeira alteridade e consideração plena pelo outro como pessoa total. Nessa morada intersubjetiva, aurora do eu e do não-eu, encontramos as funções de separar, despertar, interpelar, fazer exigências.

Em Winnicott (1950/1982), encontramos que o estabelecimento de uma diferença entre eu e não-eu depende da existência de um objeto que se recorta com uma qualidade externa na experiência agressiva primária. As experiências agressivas do indivíduo com o objeto são satisfeitas pela interposição do objeto externo com sua opacidade, resistência e oposição. Esse “objeto externo”, uma pessoa, recebe o gesto impulsivo e a ele responde com sua própria opacidade, com sua materialidade e resistência em desaparecer, em ser “realmente” destruído pela agressividade do indivíduo. É a capacidade de resistência do agente de cuidado que o localiza como não-eu para o indivíduo, fora de sua área de onipotência e com uma qualidade de realidade para o indivíduo.

Uma experiência consistente da agressão contra a oposição interposta pela realidade provê a estabilidade do reconhecimento do mundo não-eu, bem como do estabelecimento do eu. A resistência do ambiente possui consequências importantes no pensamento de Winnicott (1950/1982), segundo o qual o mundo externo não chega jamais a ser encontrado sem ter sido inicialmente destruído.

A oposição do ambiente é a interposição de uma diferença, mínima que seja, já desde a época da dependência máxima. Essa diferença é uma separação dentro do

âmbito da identificação primária e, por isso, possui uma qualidade traumática. No entanto, o início de uma separação desde a época da identificação inicial é feito pelo ambiente para adaptar-se às necessidades precoces do bebê. Neste caso, a oposição material do mundo satisfaz os impulsos agressivos do bebê, oferece um campo material que ele pode chutar, morder, molestar com seus gritos e se diferenciar. Essas experiências agressivas possuem, portanto, uma qualidade integradora, abrem o caminho do que consistentemente, nos próximos momentos do indivíduo, permitirá que ele se separe com uma “individualidade”, ao mesmo tempo em que permanece capaz de identificar-se com o ambiente e se relacionar.

A capacidade de sobrevivência do ambiente, aquilo que permite o teste de realidade e a diferenciação do indivíduo, depende, portanto, de sua tolerância à agressão e à destrutividade do indivíduo. Na clínica, o terapeuta precisa ser capaz de se identificar com o paciente, mas só até o limite de sua própria existência material e psíquica. Além desse limite, o terapeuta usa seu ódio para gradualmente demonstrar-se opaco e sobreviver para “contar a história”, despertando a sensibilidade do paciente sobre o outro. Sem essa agressão e a destrutividade inerentes às relações emocionais, o paciente perde a oportunidade de se preocupar e ter responsabilidade para com o outro.

4.2 Implicação e reserva no ambiente suficientemente bom

Qualquer pessoa que cuida, de fato, pode aprender com essas ideias presentes na clínica analítica (Figueiredo, 2012), da mesma forma que um analista pode aprender com o cuidado feito por um lar comum (Winnicott, 1948a/1982). Segundo Figueiredo (2012), o terapeuta, em sua postura profissional, está presente fundamentalmente de dois modos:

a) *Presença implicada*: o agente de cuidado faz coisas, fala palavras, escuta com atenção, age racional e logicamente, emite pareceres ou laudos, sugere, aconselha, consola. Essas são formas de cuidar mais óbvias e facilmente identificáveis.

b) *Presença reservada*: presente sem fazer reivindicações, ele permite aos outros estarem sozinhos na sua presença. Ele se cala, devaneia, se reporta a e restaura suas próprias reservas (seu aporte teórico, sua supervisão, sua própria terapia, sua vida íntima,

suas memórias e crenças), repousa em seu próprio eu, em sua cultura e história, metaboliza, digere.

A presença reservada do terapeuta é um modo de cuidar não óbvio (explicitá-lo seria implicar-se) e volta-se àquela dimensão “negativa” do cuidado, importante também no cuidado materno. Reservar-se o auxilia a criar e renovar as reservas de si e a reconhecer a diferença e as diversas necessidades envolvidas em seu trabalho.

A presença reservada é também composta pela criação de uma calma distância, um espaço vazio, protegido e livre, o qual o paciente pode preencher com suas alucinações, ataques, sonhos, brincadeiras e fantasias, experiências vividas no *setting*, passíveis de se tornarem compartilhadas e progressivamente lembradas, pensadas, processos psíquicos internos. Essas vivências, segundo as permite o terapeuta, podem ser qualificadas, por mais violentas que sejam, pelo tom de sobrevivência e confiabilidade que a postura profissional oferece, no cotidiano da clínica, para serem integradas pelo paciente em uma relação menos odiosa ou temerosa com a realidade.

Cuidar, segundo aqui examinamos, não é apenas fazer coisas, mas também reservar-se a não as fazer, manter uma presença reservada que tanto permite processos de amadurecimento quanto pode cuidar do ambiente ao criar e restaurar as reservas disponíveis. O que pareceria absurdo pode agora ser pensado como dispositivo clínico: mesmo em tempos de doença e fragilidade, o cuidador é aquela pessoa capaz, por sua própria postura profissional e seu desejo, de estar e fazer nada.

Especialmente no manejo de crises psíquicas graves, o tipo implicado de presença é mais explicitamente demandado não somente pela pessoa em sofrimento psíquico, mas também pela sociedade ela mesma (Ribeiro, 2014). A implicação pode ser exigida especialmente nos primeiros contatos com pessoas em crise e suas famílias. A emergência de um funcionamento primitivo, que demanda a disponibilidade afetiva de um grande número de pessoas, bem como disponibilidades institucionais, põe em movimento um tipo de sofrimento que excede o indivíduo. A urgência presente na dor crítica não sabe esperar, não sabe confiar no tempo necessário para a criação e amadurecimento de novas reservas. Entretanto, o excesso de implicação por parte do terapeuta, fazer coisas demais, fazer tudo pelo seu paciente, no lugar dele, pode criar ou recriar uma situação de engolfamento indiferente e totalitário, além de rapidamente

esgotar as reservas emocionais do terapeuta implicado. Em vez de levar à maturidade, pode criar tanto co-dependência quanto exaustão.

Não existe modo de prever e protocolar quais são esses tempos, quando fazer e quando evitar fazer. O terapeuta deve aceitar suas falhas para aprender de sua própria experiência com um paciente em particular, compreender como a atual situação de reservas e demandas (emocionais e sociais) pode possibilitar a abertura de um espaço e um tempo vazios, ainda que pequenos e curtos. O encontro com o terapeuta pode ser um primeiro momento e espaço na vida da pessoa em crise onde encontrar acolhimento, reconhecimento e alteridade. É nesse espaço onde as decisões são construídas, é onde se compreendem os tempos de implicação ou reserva como modos de adaptação às necessidades presentes nessa área e não reações a qualquer coisa fora dela, o que pareceria um tipo de traição ou abandono.

Há, ainda, em Figueiredo (2012) um outro significado para o termo reserva, que se relaciona com a ideia de recurso disponível, à espera e que pode ser encontrado quando há necessidade. No caso do psicólogo, suas reservas são a teoria e as técnicas de sua profissão, a supervisão e as instituições às quais o profissional está vinculado.

A teoria é esse grande reservatório histórico de pensadores, uma verdadeira cultura à qual o profissional pode sentir-se vinculado e contribuir a partir da escritura e de seu trabalho, do que ele puder brincar de ler e escrever.

A supervisão é um olhar de reserva, incrementa a independência e a singularidade do profissional, sua capacidade de aprender com a própria experiência; cultiva as reservas psíquicas ao cuidar do agente de cuidado, enfrentar as resistências compartilhadas e desobstruir uma possível implicação excessiva, trabalhando no aqui e agora em sua multiplicidade constitutiva, da qual se faz a temporalidade do cuidado. A temporalidade e espacialidade específicas da supervisão clínica, isto é, se é rotineira, previsível, disponível, quando se constitui em um lugar e momento cotidianos de experiência clínica com o supervisor sempre encontrável, tornam a supervisão um importante espaço de cuidado para o terapeuta e nutre suas reservas, usualmente em risco de se esgotarem, em especial na clínica com a crise.

O próprio *setting* é uma reserva disponível, como o meio maleável, ambiente para o paciente e para o terapeuta, infinitamente transformável, disponível e vivo,

espaço do jogo e da criação, do ser e do não ser, do vir-a-ser, modalidade paradoxal da presença reservada e implicada do terapeuta. Estão inseridos, outrossim, no *setting*, o pagamento do terapeuta, sua reserva financeira, e o término da sessão, vivência do limite temporal e espacial do *setting* e símbolo do limite da disponibilidade pessoal do terapeuta.

O cuidado consiste, de certa forma, em voltar essas reservas, esses recursos, necessários para o cuidado, para o objetivo de criar o ambiente humano, suficientemente bom, que propicia transformações no modo do sofrimento. Algumas das necessidades do próprio terapeuta estão inseridas nessas reservas (necessidade de reconhecimento, de sustento financeiro, de satisfação emocional), mas sua postura profissional é fazer movimentar-se o acontecer da clínica sempre desde suas reservas em direção às necessidades do seu paciente. Até o limite que se revela na constituição do espaço terapêutico e de suas reservas.

4.3 Mutualidade e comunicação

Assim como pode ser compreendido já do que aparenta ser uma repetição, intersubjetividades intra, inter e transubjetivas, as figuras de alteridade presentes na metapsicologia do cuidado (Figueiredo, 2012) denotam que o fenômeno do cuidado envolve uma relação entre subjetividades, uma ou mais pessoas em um contínuo fazer relacional, entre si. Compreende-se daí que o cuidar não é nunca um fazer unidirecional, o cuidador modera sua implicação para encontrar um equilíbrio entre o que ele precisa fazer e onde abster-se e ausentar-se. Segundo Figueiredo (2012):

Nesta posição, o cuidador exerce a renúncia à sua própria onipotência e a aceitação de sua própria dependência. Vale dizer: ele consegue pôr limites à sua própria 'loucura'. Trata-se, enfim, de renunciar às fantasias reparadoras maníacas: é preciso saber cuidar do outro, mas também cuidar de si e... *deixar-se cuidar*, pois a *mutualidade nos cuidados* é um dos mais fundamentais princípios éticos a ser exercitado e transmitido (p. 141, grifos nossos).

Em um texto sobre mutualidade, Winnicott (1969/2005) nos recorda de uma cena comum do cuidado materno, também observada por ele na clínica pediátrica: o bebê sendo alimentado ao seio, ou na mamadeira, levanta o polegar em direção à boca da mãe, “brincando” de alimentá-la. Na situação original de cuidado materno, o autor

nos relembra constantemente que não existe discernibilidade entre indivíduo e ambiente. O bebê e o ambiente estão identificados, são tornados idênticos, através do trabalho psicológico feito pela preocupação materna primária. A mãe identifica-se com o bebê e permite igualmente o movimento contrário, isto é, permite que o bebê se identifique com ela.

Essa situação de mutualidade no cuidado infantil não se resume à satisfação instintiva, isto é, à alimentação; ela aparece em muitos outros aspectos da relação de cuidado que passa do físico ao emocional através da identificação da mãe com o filho e de seu trabalho de “ego auxiliar”. Segundo Winnicott (1969/2005), ocorre uma “comunicação entre o bebê e a mãe, algo que é uma questão de experiência e que depende da mutualidade que resulta das identificações cruzadas” (p. 198).

É desta forma que testemunhamos concretamente a mutualidade que é o princípio da comunicação entre as duas pessoas nesse jogo primitivo, com a diferença nascendo da identificação. A mutualidade entre mãe e bebê é o início da comunicação, de modo pré-verbal, direto e silencioso, relacionado ao continuar a ser e à ilusão de onipotência (Marconato, 2001). Comunicar-se é uma conquista do desenvolvimento emocional que depende da capacidade do ambiente de tornar real aquilo que o bebê está prestes a descobrir, criar e devolver ao ambiente como um produto de sua criação.

A mutualidade de que fala Winnicott não é, no entanto, ausente de assimetrias. A mãe identificada com o bebê, se está saudável, não perde sua própria identidade. Nos termos deste texto, ela cuida se for capaz de regredir até a identificação primária sem perder os ganhos maturacionais de etapas posteriores, sobretudo do estágio da preocupação (*concern*). A identificação ocorre, então, de modos diferentes: o adulto que cuida se identifica porque foi ele próprio um bebê, que fora cuidado por uma mãe e porque brincou de bebês e mães com outras pessoas ao longo da vida; sua identidade carrega essa história no seu modo de cuidar, que ele faz segundo o seu desejo e segundo o que ele julga certo. Por outro lado, o bebê nunca foi mãe, é bebê pela primeira vez e identifica-se com alguém que cuida apenas na medida em que o adulto se mostra capaz de cuidado na realidade atual e não por uma história prévia ou qualquer elemento inato. Uma mutualidade possível, uma comunicação no cuidado materno pertence, portanto,

sobretudo a uma capacidade do cuidado materno. O adulto *deseja* cuidar, enquanto o bebê *necessita* de cuidado.

Muito do que foi dito sobre o cuidado materno aplica-se também à psicoterapia, especialmente quando a dependência se torna um fato importante. A mutualidade é uma capacidade a ser buscada na dupla terapêutica, na aquisição de um lugar onde a comunicação é possível, embora uma assimetria tenha de permanecer para que o cuidado seja feito: o terapeuta precisa permitir que o paciente chegue a um desenvolvimento tal que se torna capaz de cuidar do terapeuta. As coisas se dão em virtude das necessidades do paciente e não pela necessidade do terapeuta em cuidar ou ser cuidado, isto é, o terapeuta favorece uma ilusão de encontro entre seu desejo de terapeuta (desejo de cuidar) e a necessidade do paciente (necessidade de cuidado e de tornar-se capaz de cuidado), inicialmente através de uma identificação cruzada. Em um momento da terapia, será necessária uma brincadeira semelhante àquela descrita, do bebê com o polegar na boca da mãe, mesmo que tudo se passe com adultos e seja uma coisa séria.

A dimensão mútua transforma o desejo de cuidado em desejar cuidar e ser cuidado em uma só experiência. Cuidar e ser cuidado coincidem, do ponto de vista da personalidade do terapeuta, no sentido da capacidade de se preocupar (*concern*) e no sentido da aquisição da capacidade para cuidar, do ponto de vista do paciente. Ao cuidar suficientemente bem, cuidamos para que alguém seja capaz de cuidar de si e dos outros, a nós mesmos incluídos.

5 Psicose e fracasso ambiental

Apresentaremos neste capítulo algumas das principais ideias de Winnicott que dizem respeito à psicose, a sua etiologia e fenômenos mais importantes, de acordo com o que o autor apresenta de suas reflexões sobre a clínica com bebês normais, bem como com crianças e adultos psicóticos. Uma das ideias mais importantes sobre a psicose em Winnicott (1954b/1982) é que os mesmos fenômenos do desenvolvimento emocional primitivo aparecem de modo regressivo na psicose. Segundo o autor (Winnicott, 1952/1982):

Na infância a psicose é algo comum, mas passa despercebida devido ao modo como os sintomas ocultam-se entre as dificuldades normais inerentes à criação de filhos (*child care*). O diagnóstico é feito quando o ambiente não consegue ocultar ou resolver as distorções do desenvolvimento emocional, levando a criança a organizar-se em torno de uma linha de defesa que se torna reconhecível como uma entidade patológica (p. 305).

Essa ideia de Winnicott vai ao encontro de concepções e posicionamentos característicos do Gipsi, como dissemos, que criticam a existência de uma diferença “essencial” entre pessoas normais e psicóticas. Mais ainda, nos ajuda a pensar os mecanismos presentes nas defesas psicóticas a partir do ponto de vista do amadurecimento humano, segundo o qual os processos psíquicos são adquiridos, desenvolvidos, na interação do indivíduo com o seu ambiente.

Como dissemos acima, Winnicott nos convida a mudar de perspectiva e examinar as defesas psicóticas como defesas contra a ansiedade experimentada com um certo tipo de falha ambiental, vivida no período de dependência máxima, isto é, uma falha do cuidado materno que não foi remediada pelo próprio ambiente familiar em etapas posteriores. Essa perspectiva leva em plena consideração o fator ambiental na etiologia da psicose, em vez de descrever os processos em termos puramente internos ao indivíduo em crise. A esse respeito, nos diz Winnicott (1960a/1983):

As bases da saúde mental do indivíduo, no sentido de ausência de psicose ou predisposição à mesma (esquizofrenia), são lançadas por este cuidado materno, que quando vai bem dificilmente é percebido, e é uma continuação da provisão fisiológica que caracteriza o estado pré-natal. Esta provisão ambiental é também a continuação da vitalidade dos tecidos e da saúde funcional que (para o lactente) provê um apoio ao

ego silencioso mas vitalmente importante. Deste modo a esquizofrenia ou a psicose infantil ou uma predisposição à psicose em uma data posterior se relacionam com uma falha na provisão ambiental. Isto não quer dizer, contudo, que os efeitos nefastos de tal falha não possam ser descritos em termos de distorção do ego e de defesas contra ansiedades primitivas, isto é, em termos do indivíduo. Verificar-se-á, portanto, que o trabalho de Klein nos mecanismos de defesa de *splitting* e de projeção e introjeção e assim por diante é uma tentativa de descrever os efeitos da falha da provisão ambiental em termos do indivíduo. Esse trabalho sobre os mecanismos primitivos nos dá a chave apenas para uma parte da história, e a *reconstrução do ambiente e de suas falhas* provê a outra parte. Essa outra parte não pode aparecer na transferência por causa da falha de conhecimento do paciente do cuidado materno, tanto em seus aspectos bons como falhos, como existiu na situação infantil original (p. 49, grifos nossos).

Essa mudança de perspectiva não invalida descobertas de outros analistas, mas busca ampliar o modo como se compreende a psicose a partir do trabalho psicanalítico. A perspectiva de Winnicott auxilia o trabalho de outras pessoas que compõem o ambiente de cuidado, além dos analistas, como, por exemplo, enfermeiros e assistentes sociais psiquiátricos cujo trabalho segue princípios analíticos (Winnicott 1960b/1983) e pode ser usada no ambiente de cuidado do Gipsi, que direciona sua atenção não apenas ao indivíduo em crise, mas também para cuidar do ambiente, compreendendo a crise em seu aspecto relacional.

A ideia de “reconstrução do ambiente”, proposta na clínica da psicose de Winnicott, pode ter dois sentidos: no acolhimento de um paciente em crise, a “construção do caso” busca compreender a qualidade da falha ambiental, ao passo que a vivência cotidiana do cuidado pode “reconstruir” o ambiente de cuidado para reparar o psiquismo. No entanto, mesmo que o terapeuta seja sensível no momento de sua avaliação inicial do caso, mesmo uma anamnese bem-feita pode não revelar a qualidade da falha ambiental, por ela ser precoce e/ou imperceptível para o ambiente familiar da pessoa em crise. Por esta razão, a “reconstrução” do ambiente, na clínica, pode vincular os dois sentidos descritos acima, em um tipo de “diagnóstico terapêutico”: o ambiente que deve ser oferecido para o cuidar de uma pessoa em crise varia de acordo com as necessidades que ela manifesta na crise e no acontecer da própria clínica.

O conceito de regressão clínica de Winnicott (1964/2005) é muito útil para compreender alguns fatores do acontecer da clínica da psicose e do modo como o *setting* precisa estar organizado para receber esses acontecimentos e sobreviver a eles

com confiança. No entanto, não propomos uma correspondência exata entre a regressão severa à dependência de pacientes em análise e as crises acolhidas pelo Gipsi, senão algumas semelhanças na área da dependência e das características do ambiente de cuidado. A crise, assim como a regressão no *setting* analítico, demanda um ambiente capaz de acolher a dependência, de assumir responsabilidades, de tolerar, sobreviver e confiar.

As qualidades do funcionamento psíquico são, em Winnicott, tornadas tais como são em cada indivíduo segundo aquilo que foi permitido e vivido desde o ambiente precoce. No início da vida, quando o psiquismo era ainda um porvir, Winnicott nos aponta uma fragilidade que é própria da condição desamparada do bebê humano, dependente como é do cuidado do ambiente. No fundamento mesmo do psiquismo, o funcionamento psíquico é idêntico à vivência do cuidado; funções do cuidado são internalizadas na forma de capacidades psíquicas. Isso equivale a dizer que, “reconstruído o ambiente e suas falhas”, uma dada função psíquica distorcida pode ser recuperada, contanto que as “condições de possibilidade” dessa função sejam vividas no cuidado. De certa forma, uma capacidade psíquica, como a capacidade de confiar ou de cuidar, pode ser readquirida, ou adquirida pela primeira vez, através da transferência.

Portanto, para compreender como se dá a clínica da psicose, Winnicott nos convida a compreender como se deram, na etapa de dependência absoluta do amadurecimento e através do que se mostra na transferência, as distorções do conjunto ambiente-indivíduo precoce que usualmente aparecem, de modo regressivo, na psicose. Se os mesmos processos da primeiríssima infância normal são manifestados na crise psicótica, então existe algo que nos afasta desses processos primitivos, se, quando adultos, não somos (muito) psicóticos. Esse “algo”, que pertence à saúde porque pertence à maturidade, inclui a capacidade de pensar os fracassos do ambiente, a tolerância às ansiedades deles decorrentes e a introjeção das funções do cuidado como capacidades psíquicas.

Quando o ambiente atende a suas próprias necessidades antes que o indivíduo tenha internalizado algumas de suas funções primordiais de sustentação e confiança, então o ambiente “invade” a experiência do indivíduo com a sua imprevisibilidade e falta de confiabilidade. No início, o indivíduo torna-se capaz de prever a existência do

ambiente porque este se apresentou consistentemente como uma criação do indivíduo no momento da tensão instintiva, ou das necessidades do ego. O ambiente é imprevisível quando não se apresenta às necessidades (instintivas ou egoicas) do indivíduo, mas segue um primado alheio ao indivíduo, deixa de sustentá-lo e o entrega à completa ausência de cuidado.

A existência do indivíduo, que deveria ser apenas uma experiência contínua de ser, é interrompida, pois o indivíduo precisa reagir ao ambiente com a totalidade de seu ser. Trata-se de uma intrusão ambiental (*environmental impingement*, Winnicott, 1952/1982) que deve ser “compreendida” pelo indivíduo através de mecanismos psíquicos primitivos, ainda não prontos para entender a complicada situação de que existe um ambiente separado e com necessidades próprias. A única maneira de compreender a intrusão é traduzi-la dentro da área de onipotência, isto é, a interrupção da linha de continuidade do ser, experimentada pelo indivíduo, o entrega à aniquilação, é compreendida como perseguição. O indivíduo deve constituir defesas que o protejam de ser aniquilado. Essas defesas poderiam ser entendidas como modos primitivos de proteção contra um ambiente não confiável, constituídas ali onde o cuidado não foi encontrado.

Para compreender melhor como essas defesas são constituídas, faremos um breve exame da teoria do trauma e da intrusão em Winnicott e como ela está relacionada às organizações defensivas classificadas como psicóticas.

5.1 Trauma e intrusão (*impingement*) em Winnicott

O cuidado feito por um ambiente como a enfermaria de um hospital, defende Winnicott (1965a/2005), procura reproduzir as mesmas condições que uma família comum busca gerar quando deve criar filhos pequenos. Essas são condições que protegem crianças de experiências traumáticas e a maioria das famílias consegue fornecer à criança que cresce, para quem a dependência ainda é uma necessidade, uma proteção quanto ao trauma. O autor (Winnicott, 1965a/2005) diz que “o funcionamento familiar pode ser encarado como preventivo do trauma, desde que se permita que o significado da palavra ‘trauma’ mude com o crescimento da criança, da primeira

infância para a maturidade plena, com o crescimento que vai da dependência para a independência” (p. 115).

Winnicott (1965a/2005) diferencia o “trauma grosseiro”, fácil de verificar na experiência, como um abuso sexual ou um acidente físico grave, de formas traumáticas mais sutis, “que podem ser piores para as crianças e os bebês do que aqueles traumas grosseiros que chocam os adultos” (p. 103). Algo central na perspectiva de Winnicott (1965a/2005) sobre o trauma leva em conta a situação do ambiente com o indivíduo e não apenas descreve o que poderia ser um evento traumático em si, já que o trauma é um fracasso relativo à dependência.

Há uma dimensão do trauma que parece um paradoxo, um “fracasso adaptativo”, presente na ideia psicanalítica de falha constitutiva, aquela que permite a separação e a individuação (Moreno & Coelho Jr., 2012). Comparece, por exemplo, na ideia de trauma que Figueiredo (2012) apresenta na figura intersubjetiva que separa, interpela e reclama. A separação é traumática ao mesmo tempo em que é necessária para o amadurecimento, se o indivíduo tiver vivido bastante continuidade com a realidade de sua existência, um plano de fundo do qual pode gradualmente se separar, se recortar como indivíduo.

Esse tipo de “trauma benigno” são os fracassos introduzidos na vida do indivíduo de maneira “adaptativa”, quando o ambiente começa a falhar para atender à necessidade que o indivíduo tem de se separar. Para Winnicott (1965a/2005), existe, efetivamente, um aspecto normal do trauma, quando ele é feito para atender às necessidades do indivíduo, compreende uma das funções do cuidado, pertence à saúde. No entanto, algum grau de amadurecimento é necessário antes que o indivíduo venha a ser capaz de vivenciar o desilusionamento. Segundo Green (1988):

Excesso de presença é intrusão; excesso de ausência é perda. O par presença-ausência não pode ser dissociado. Os dois termos estão inter-relacionados, como o estão a percepção e a representação. Mas um esforço tremendo é necessário a fim de se ser capaz de tolerar a ausência, diferenciá-la da perda e dar ao mundo da representação seu pleno papel na imaginação e no pensamento do indivíduo. Somente a ausência do objeto pode ser estímulo para a imaginação e o pensamento, em outras palavras, para a criatividade e a vivacidade psíquicas. O conceito de Winnicott da capacidade de estar sozinho *na presença da mãe* e a *capacidade negativa* de Bion vêm à mente (p. 89, grifos do autor).

Ao relacionar o trauma com a dependência, Winnicott nos diz que o significado de “trauma” varia segundo o momento do indivíduo em seu desenvolvimento emocional: um evento traumático na dependência absoluta é diferente do que seria traumático na dependência relativa e assim por diante. Ao pensar a etiologia do sofrimento psíquico na relação do ambiente com o indivíduo, Winnicott amplia a etiologia tradicional, relacionada aos destinos do instinto e os conflitos internos, para incluir também os fracassos do ambiente. Essa ampliação é necessária para incluir a etiologia do sofrimento psíquico não neurótico, não edipiano, no qual o indivíduo ainda não é uma pessoa total, personalizada (conluio psicossomático) e capaz de relação de objeto. O tipo de trauma que importa para a consideração sobre a psicose é aquele que ocorre na área da dependência máxima, quando o indivíduo ainda está em vias de tornar-se, quando o centro de gravidade da experiência não é o indivíduo, mas a *situação de cuidado ambiente-indivíduo*. O trauma nessa etapa do amadurecimento leva o indivíduo à experiência de agonias impensáveis e não à ansiedade de separação ou castração (Januário & Tafuri, 2011).

Outro sentido para o trauma é a “quebra da fé”, quando a capacidade de acreditar foi apenas construída pelo indivíduo com o seu ambiente “bom”, mas ainda é frágil e pode ser rompida se o ambiente subitamente fracassa em ser bom. Segundo o comentário de Moreno e Coelho Jr. (2012) sobre o trauma em Winnicott, “se a provisão ambiental primeiro se ajusta e depois fracassa, o fracasso incide na construção da capacidade de acreditar. Diferente de uma raiva apropriada, o ódio reativo do bebê divide o objeto idealizado e isso, segundo Winnicott, pode ser experienciado em termos de delírio de perseguição por parte do objeto bom” (p. 711).

Assim, o ambiente é visto como perseguidor porque atravessa as defesas do indivíduo, confrontado com a necessidade de odiar algo que era bom. Como essa concomitância de “bom” e ódio não pode ser suportada, o indivíduo vive o ódio de forma delirada (transferência delirante, Winnicott, 1964/2005), na forma de “ser odiado” pelo ambiente que era bom. A família usualmente faz a “terapia” desse tipo de trauma, ao usar as imperfeições das pessoas para justificar o ódio do bebê: se ele puder odiar apropriadamente, reativamente aos “defeitos” do ambiente, então algo que seria traumático transforma-se em adaptativo e o ambiente de cuidado suporta o ódio. Por

outro lado, o ódio delirante do bebê pode não encontrar sustentação no ambiente ou mesmo ser negado através do sentimentalismo. O indivíduo, então, é entregue a uma experiência cruel e isolada com a parcela agressiva de seu impulso. De acordo com Winnicott:

Quando não há saúde nesse estágio inicial, é o meio ambiente que invade e a *força vital é absorvida pelas reações à invasão*, ocorrendo um resultado oposto ao firme estabelecimento inicial do eu. No caso extremo, quase não se experimenta impulsos, a não ser como reações, e o eu não é estabelecido. Em vez de seu estabelecimento, encontramos um desenvolvimento baseado na experiência de reação à invasão e surge um indivíduo que chamamos falso porque não há impulsividade pessoal. Neste caso, não há fusão dos componentes agressivo e erótico, já que o eu não está estabelecido quando as experiências eróticas ocorrem. O bebê vive porque foi atraído pela experiência erótica mas, além da vida erótica, que nunca parece real, há uma vida puramente reativa e agressiva, dependente da experiência de oposição (p. 372, grifos nossos).

Nas seções seguintes deste capítulo, examinaremos alguns dos elementos presentes na teoria winnicottiana da psicose: distorções do conjunto ambiente-indivíduo resultam de fracassos das funções do cuidado à dependência máxima. Esses fracassos implicam em intrusões, interrupções do ser ou bloqueio da constituição da confiança, as quais levam à ameaça de ansiedades impensáveis, contra as quais o ego organiza defesas psicóticas.

As distorções da psicose, do ponto de vista de Winnicott (1960a/1983), envolvem o conjunto ambiente-indivíduo e as defesas são organizações reativas às ansiedades primitivas, ou ansiedades impensáveis. Essas ansiedades referem a interrupções na continuidade da existência, têm uma qualidade absolutamente negativa (não-ser, não-existir), mostram sua face apenas através das defesas que mobilizam, isto é, as defesas psicóticas. Passaremos a um exame das ansiedades impensáveis em Winnicott.

5.2 Agonias primitivas, ansiedades impensáveis e fracasso ambiental

O trauma psíquico introduzido pela intrusão ambiental na fase da dependência absoluta é aquele que produz a ameaça de uma ansiedade impensável (*unthinkable*

*anxiety*⁵, Winnicott, 1965a/2005), traduzido ainda como ansiedade inimaginável (Winnicott, 1962b/1983). Estão presentes, nos textos de Winnicott, outros termos relativos ao mesmo fenômeno, como “ansiedades de qualidade psicótica” (1947/1982), “ansiedade primitiva ou arcaica” (1965a/2005) e agonia primitiva (*primitive agony*, Winnicott, 1963/2005).

Essa última expressão, agonia, é justificada por Winnicott (1963/2005) porque “ansiedade” não lhe parecia uma “uma palavra suficientemente forte”. Um comentário a esse respeito pode ser encontrado em um texto anterior, que discute o trauma do nascimento (Winnicott, 1949b/1982), no qual o autor cita a seguinte definição de ansiedade em Freud (1926/1996): “a ‘ansiedade’ (*Angst*) descreve um estado particular de esperar o perigo ou preparar-se para ele, ainda que possa ser desconhecido” (parte II, § 1). Nessa concepção, diz Winnicott (1949b/1982), o indivíduo precisa ter alcançado um grau de maturidade, capaz de realizar repressão, antes que a palavra ansiedade possa ser aplicada no sentido que Freud sugere. Esse não pareceria ser o caso para aquilo que é experimentado em etapas muito precoces do desenvolvimento, nas quais os mecanismos psicóticos têm sua origem.

Dessa forma, sugerimos, por ora, uma diferença entre a agonia primitiva e a ansiedade psicótica, secundária à qualidade impensável da agonia original. Essa diferença vai ao encontro da proposta de Freud (1924b/1996), segundo a qual existem dois momentos na formação do sintoma psicótico: uma realidade substitutiva remenda o “furo” criado, pela frustração original, no tecido da possibilidade mesma de qualquer realidade compartilhável. É possível encontrar essa ideia também em Winnicott (1965b/2005), quando ele diferencia a experiência original de agonia, ou loucura (*madness*), que é impensável, e as defesas organizadas diante da confusão decorrente dessa experiência, isto é, as defesas psicóticas.

⁵ Na tradução inglesa da obra de Freud, *Angst* aparece como *anxiety* e essa é a palavra presente nos textos originais de Winnicott, traduzida por sua vez como ansiedade. Em traduções brasileiras contemporâneas, no entanto, *Angst* aparece (adequadamente) como angústia e, talvez por isso, alguns autores nomeiem as *unthinkable anxieties* de Winnicott como angústias impensáveis. Ver, por exemplo, Safra (1999). Nós preferimos o termo ansiedade para manter uma continuidade com as traduções brasileiras de Winnicott que usamos neste trabalho (C. Winnicott, Shepperd & Davis, 2005; Winnicott, 1982; 1983).

Segundo Winnicott (1965a/2005), a agonia é “a ansiedade primitiva ou arcaica que bebês bem cuidados não experienciam na realidade, antes de se acharem aparelhados para lidar com o fracasso ambiental através do autocuidado (maternagem introjetada)” (p. 108). Como dissemos, o ambiente suficientemente bom, criado pela família comum, está constantemente evitando traumas; o cuidado materno serve justamente para evitar que o bebê tenha que entrar em contato com fenômenos cuja negatividade absoluta não pode ser integrada com o aspecto positivo do ser e depois torna-se internalizado como “autocuidado”.

Mesmo o fenômeno da morte, por exemplo, um negativo absoluto, precisa ser integrado ao ser, na experiência humana saudável, como qualidade de algo que é e passa a não mais ser, ao morrer ou ser morto. O fenômeno da morte pode ter sentido “positivo” se for integrado na experiência do indivíduo a partir dos processos psíquicos que pertencem à posição depressiva e ao luto.

Uma agonia primitiva, ao contrário, é o sentimento de uma experiência impossível, que não é a morte, mas a aniquilação, antes mesmo que o ego seja capaz de cindir os objetos ou sentir-se perseguido por eles. Nós, adultos, sabemos que nada pode ser aniquilado, que a existência não “deixa de existir”, que o ser continua sendo até a morte; ou mesmo “brincamos” que jamais deixaremos de ser, através do uso da amplamente aceitável ilusão de uma vida eterna, das memórias que temos de pessoas amadas que se foram, do que internalizamos através de nossas relações com elas

Confrontado com uma intrusão ambiental precoce, contudo, um bebê experimenta, como fato de sua realidade, uma interrupção em seu próprio ser, um momento brevíssimo de experiência impossível: ele deixa de ser, ou de alguma forma sente perder um atributo indispensável ao ser, que o sustentava (*hold*). Esse atributo era uma função de cuidado que fracassou cedo demais e o sentimento resultante é uma agonia primitiva.

A qualidade da agonia é impensável porque ocorreu muito precocemente, em um período sem palavras e nem representações; não havia ali um psiquismo capaz de pensar os detalhes do fracasso do ambiente, de integrá-los no ego como um sentimento que antecipa o perigo (como uma ansiedade). A vivência do perigo e a confusão decorrente

mobiliza a organização de defesas que localizam os detalhes da experiência como qualidades não do ambiente, mas do mundo, da existência: o mundo é fundamentalmente inseguro, não encontrável ou está constantemente em risco de “acabar-se”; o psíquico é algo não relacionado ao somático; ou a realidade não é confiável.

É muito difícil compreender como alguém pode sentir essas coisas impossíveis, pois usamos nosso psiquismo para pensar e imaginar como alguém se sente. Uma organização defensiva substitui, posteriormente, a vivência da agonia por uma ansiedade de qualidade psicótica (Winnicott, 1965a/2005). A defesa projeta a qualidade da agonia vivenciada para fora e para o futuro (Winnicott, 1963/2005), isto é, o indivíduo reúne os detalhes que conhece sobre o trauma na forma de um medo absurdo de que essas mesmas coisas venham a lhe acontecer, que sua vida ou o mundo inteiro sejam interrompidos; ou de que a experiência se repete por uma “maldição” da realidade ou uma outra explicação persecutória.

Conteúdos religiosos podem ter muita importância (Mano, 2016), em parte por causa da magnitude ou da impossibilidade da experiência (“só pode ter sido Deus ou o diabo a me fazer ficar assim”), mas a experiência religiosa ou espiritual pode ser “bloqueada” ou perder seu valor por não ter o elemento ilusório que possibilita sua partilha, dentro da área transicional da experiência. Não há uma sobreposição de elementos objetivamente percebidos aos elementos subjetivos. Tudo se passa em realidade subjetiva.

Um adulto não tem acesso à experiência da agonia primitiva, pois essa é de uma negatividade absoluta, nada pode representar essas agonias no psiquismo. A negatividade da agonia primitiva pode ser encontrada apenas na defesa organizada a partir da ansiedade psicótica. Apresentamos a seguir um quadro simplificado relacionando a defesa psicótica, a agonia primitiva e o possível fracasso do cuidado, ou trauma, segundo a proposta de Winnicott (1963/2005).

Defesa psicótica	Agonia primitiva	Fracasso do cuidado
Desintegração	Retorno à não-integração	Falha na integração
Auto-sustentação (cisão)	Cair para sempre	Falha na sustentação
Despersonalização	Não habitar o próprio corpo	Falha no conluio psicossomático
Desrealização	Perder o senso do real	Falha na oposição à agressão
Ataque aos vínculos, embotamento	Ausência de contato	Falha na apresentação do mundo

Figura 2. Quadro comparativo entre defesa psicótica, agonia primitiva e fracasso ambiental, segundo Winnicott (1963/2005).

Embora possa parecer que propomos uma causalidade linear entre defesa psicótica e fracasso ambiental, e por mais que, em nosso texto, a linguagem empregada o confirme, gostaríamos de propor diferentemente. A cada vez em que falamos do possível fracasso ambiental subjacente à defesa psicótica, ao qual o indivíduo reage com uma defesa psicótica, um colapso das defesas, enfim, uma crise psíquica grave, tentamos pensar ali uma necessidade de cuidado específica, tal qual a própria crise mobiliza e conclama. Em outras palavras, onde existe uma vivência de desintegração, o cuidado organiza-se para possibilitar a organização, daí por diante.

A lista abaixo é um aprofundamento do quadro que acabamos de apresentar. Esta lista deriva-se principalmente do exame de dois artigos de Winnicott (1962b/1983; 1963/2005).

1. *Uma ameaça de retorno à não-integração* é sentida com o fracasso da sustentação (*holding*). O indivíduo tem início na não-integração, como uma existência difusa na área do conjunto ambiente-indivíduo, do cuidado. O sentimento de perda de sustentação ameaça o indivíduo a não atingir estavelmente qualquer integração como unidade. Essa ameaça desencadeia a *defesa de desintegração*, que aparece clinicamente como medo de ser partido em pedaços ou um estranho sentimento de estar-se desintegrando, de ser em pedaços ou de não ter todos os pedaços (do corpo ou do psiquismo) juntos;

2. *A ameaça de cair para sempre* surge da impossibilidade de encontrar um sustentáculo onde apoiar-se, onde pesar e mover-se com liberdade e segurança. A sustentação (*holding*) do ambiente, os limites corporais e emocionais do cuidado materno, promovem a sensação de amparo temporal e espacial. O indivíduo se protege do fracasso dessas funções de cuidado através do “*sustentar a si mesmo*” (*self-holding*), de sentimentos de *desorientação* espacial ou na sensação de impossibilidade de encontrar ou confiar no suporte físico ou emocional. O falso *self* cumpre a função de sustentar a si mesmo, através de uma cisão da personalidade, na qual uma parte serve para cuidar e segurar a outra. No entanto, a defesa pode manifestar-se clinicamente de formas diferentes: Winnicott (1965a/2005) cita o caso de uma jovem que sentia estar-se sempre equilibrando, como se habitasse o topo de uma torre, sem nunca sentir um ponto de apoio seguro;
3. *Não habitar no próprio corpo* relaciona-se a um fracasso ambiental nas tarefas de manuseio emocional do corpo do bebê (*handling*), uma falha que interrompe ou impede a formação do conluio psicossomático, ou personificação. Essa agonia leva à *defesa da despersonalização*, como um sentimento de estar em outro lugar, que os órgãos do corpo não têm relação um com o outro, ou estão podres ou de qualquer forma distorcidos. Um paciente usa o bisturi para consertar o rosto, que acredita ser feito de massinha de modelar, um outro apresenta uma forma grave de encoprese ou constipação, inadequada à sua idade;
4. *Perder o senso do real* está relacionado ao fracasso ambiental na apresentação da realidade, ou “*realização*” (*realizing*), em dois aspectos: a possibilidade da experiência de ilusão e a sobrevivência do ambiente que está relacionada com o sentimento de realidade. Essa agonia leva à exploração de fantasias de onipotência, manifestadas de forma maníaca ou como um retraimento do mundo compartilhado para a vivência isolada de fenômenos mágicos, no interior do psiquismo. O que aparece do indivíduo para o “observador externo” é uma versão pobre, desinteressada, “embotada”, que oculta o potencial verdadeiro, influencia e distorce o mundo, sem contudo permitir muita influência da realidade sobre suas distorções. Novas interpretações da realidade nascem dessa distorção, que não estão distantes

de um aspecto importante da realidade subjetiva do indivíduo, chocam por serem tão rígidas e indecifráveis;

5. *Perder a capacidade de se relacionar* decorre do fracasso ambiental de apresentação de objetos (*object presentation*), um trauma que interrompe ou distorce a função de buscar os objetos (*object seeking*). Essa agonia é subjacente à defesa psicótica de ataque aos vínculos. Em outras palavras, o próprio relacionar-se, para algumas pessoas em crise, significa ser atacado, mesmo pelas pessoas que se aproximam com o objetivo de cuidar, parece haver a identificação do amor com um ataque, e ser amado é o mesmo de ser aniquilado (Winnicott, 1947/1982). Relacionar-se é insuportável, a saída envolve embotar os afetos, inibir os impulsos ou, quando a inibição não é grave, as possibilidades mesmas de vínculo são atacadas e desfeitas.

Essas são algumas das defesas psíquicas que podem estar presentes nos chamados sintomas psicóticos, positivos ou negativos, das crises que são acolhidas no Gipsi. Uma das sugestões deste trabalho é buscar compreender essas manifestações como defesas reativas a agonias primitivas, em vez de sintomas de uma síndrome ou marcas de uma estrutura de personalidade. Se a agonia é compreendida como um fracasso ambiental relativo à dependência, então o cuidado implica a criação de um ambiente capaz de sustentar (*hold*) a dependência, reconhecer a realidade da agonia e assumir uma responsabilidade diante dela.

Winnicott (1963/2005) sugere pensar essas agonias como realmente experimentadas pelo indivíduo no momento do trauma precoce, das quais ele todavia não pode nem se lembrar e nem situar na história, pois não havia capacidade para memória no momento do trauma. Elas não podem tampouco serem lembradas por pessoas que compunham o ambiente infantil da pessoa em crise, elas mesmas no mais das vezes incapazes de perceberem que sua imprevisibilidade com o bebê poderia ser-lhe traumática. Mesmo uma “infância feliz” pode seguir-se a esse “traumatismo fundamental”, mas, quando há uma crise psicótica, é porque algo muito importante não foi capaz de ser atingido nem pelo melhor cuidado que o ambiente familiar podia prover. O ambiente (a família) foi incapaz de reparar essa “falha fundamental” e, por isso, necessita ele também de ajuda, da compreensão e cuidado em um ambiente mais amplo.

Vemos, portanto, como a ansiedade psicótica está relacionada a uma organização defensiva relacionada a um fracasso do cuidado, tudo acontecendo em uma situação de dependência absoluta que não pôde ser sustentada. A seguir, nos detemos um momento mais sobre a ideia de distorções psicóticas do conjunto ambiente-indivíduo, das organizações defensivas psicóticas e sua relação com o fracasso ambiental.

5.3 Distorções psicóticas do conjunto ambiente-indivíduo

O fracasso do ambiente na dependência máxima implica um tipo de experiência na qual uma falha da adaptação suficientemente boa do ambiente produz distorções psicóticas no conjunto ambiente-indivíduo (Winnicott, 1952/1982). Winnicott não se refere ao indivíduo quando fala da distorção, pois a falha adaptativa acontece durante a etapa da dependência absoluta, quando o bebê recém-nascido e o cuidado materno eram, ainda, indiscerníveis (Moreno & Coelho Jr., 2012).

Durante essa etapa de dependência máxima, qualquer falha de adaptação do ambiente é uma separação precoce. Na experiência com a desadaptação precoce, reagir implica perder a sensação de ser, uma interrupção da existência que exige uma defesa extrema. A organização defensiva passa a ocupar o cerne da experiência do indivíduo, pois a defesa reativa à intrusão ambiental serve para permitir alguma existência, mesmo que diante de um ambiente intrusivo, através de uma cisão básica da personalidade e do retorno ao isolamento.

Nesse momento da existência, o conjunto ambiente-indivíduo é distorcido e a qualidade psicótica é a ameaça de aniquilação, mas o que o indivíduo percebe é uma distorção da existência mesma e não do ambiente. A necessidade de defender-se do fracasso ambiental, de reagir em vez de ser, leva a um enfraquecimento do ego (Winnicott, 1960a/1983). Os próximos tópicos detalham algumas das distorções psicóticas do conjunto ambiente-indivíduo, segundo Winnicott (1952/1982; 1960b/1983; 1963/2005), relacionadas à paranoia, à perda da realidade na psicose, o falso *self* e o colapso mental.

5.3.1 Predisposição à paranoia e falha do *holding*

Quando a integração começa a ser uma experiência crescentemente estável, uma sensação de ser um “eu”, o indivíduo lança-se em um momento precário de ser, efetivamente, “individual”, separado do ambiente. Integrar-se é emergir do conjunto ambiente-indivíduo, não estar mais seguro em braços infinitos e (por isso mesmo) imperceptíveis, mas ser um indivíduo em estado bruto, à beira de desintegrar-se, um paranoico em potencial. Se o ambiente continua a existir, modificando-se para adaptar-se a esse novo modo “separado” do indivíduo, ele (o ambiente) pode neutralizar os perseguidores através de uma sustentação (*holding*) psicológica, virtual e empática, que garante o isolamento do indivíduo ao mesmo tempo em que permite contato e comunicação (Winnicott, 1952/1982).

Uma falha do ambiente em fazer esse “*holding* psicológico” deixa o indivíduo em suspenso antes que ele tenha introjetado os aspectos do cuidado para segurar-se a si mesmo. Desproporções entre o impulso do indivíduo e o vigor de sua sustentação geram uma desconfiança básica, uma suspeita que interfere na capacidade para confiar, ataca a confiança apenas possível (Figueiredo, 2007). Esse fenômeno leva o desenvolvimento do indivíduo segundo as linhas de um potencial paranoide (Winnicott, 1952/1982), por ser incapaz de confiar na constância do ambiente quando existe alguma separação. A falha em sustentar pode estar relacionada, em parte, a uma defesa do ambiente ou uma sua intolerância ao impulso agressivo do bebê (Winnicott, 1950/1982).

Se o ambiente não “segura” a situação, então a ameaça de desintegração vem da qualidade “negativa” do ambiente, é uma ameaça sentida desde um “fora” subitamente imposto. O indivíduo traumatizado dessa forma pode não conseguir confiar na existência, por sentir que o mundo inteiro está “atrás dele”. Mais tarde, a desconfiança toma formas paranoides ou fóbicas, com a morte sendo usada para referir aos sentimentos de desintegração, despersonalização, ataque destrutivo mágico *etc.* Uma distorção do potencial agressivo do indivíduo acompanha sua necessidade de reagir ao fracasso ambiental. Essa é uma qualidade persecutória que não tem a ver apenas com elementos psíquicos cindidos e projetados, e a agressividade reativa é uma distorção do indivíduo, não um impulso espontâneo. Está presente no que Dias (2000) compreende

como “agressividade reativa ao trauma”, isto é, um tipo de horror à experiência de quebra da continuidade do ser presente na reação ao ambiente (ameaça de aniquilação).

No entanto, uma vez que é a destrutividade o que dá o sentimento de realidade ao indivíduo, uma perseguição será sentida como real, enquanto o acolhimento pode ser visto como falso, fingido ou enganador. Isto pode estar por trás da “reação terapêutica negativa” de alguns casos, ou mesmo na recusa de um paciente em crise em aceitar cuidado, especialmente quando a desconfiança é uma característica importante. O indivíduo “dá boas vindas à perseguição e se sente real ao reagir a ela” (Winnicott, 1950/1982, p. 373). Esse é um modo falso de viver, já que a força da qual o indivíduo depende advém das perseguições que ele procura no ambiente, em vez de sua própria força espontânea, agressiva, que não possui realidade se não na perseguição.

Em Winnicott, (1952/1982) não se trata tanto de a ansiedade paranoica indicar uma cisão dos objetos em idealizados ou persecutórios, mas sobretudo da função da experiência integradora dos objetos ainda ser rudimentar, frágil. A paranoia pode ser uma experiência de qualquer bebê, já que a integração é adquirida e perdida muitas vezes antes de tornar-se garantida. É possível que algumas experiências precoces de desintegração sejam curadas pelo próprio cuidado ambiental, ou pelo cuidado médico a um sintoma físico, já que o psiquismo do bebê ainda é basicamente corporal. Algumas situações de cuidado mais intensivo podem recuperar a função integradora de um bebê em vias de tornar-se paranoico.

Em outras pessoas, essas experiências precoces de desintegração e paranoia podem permanecer isoladas do resto da experiência do indivíduo com a realidade, como um “núcleo psicótico latente”, ilhas de experiências desintegradas em um psiquismo que alcançou, por outro lado, alguma integração. O indivíduo pode usar seu intelecto para memorizar os detalhes da intrusão ambiental e assim poder esperar, prever o imprevisível, ir ao encontro das invasões (perseguições) cuja motivação é a existência mesma do indivíduo e não decorrem da introjeção da agressividade. Essa pessoa não se pode dar ao luxo de relaxar, está sempre sob uma ameaça de descontinuidade, que é igual à aniquilação.

Mais tarde, as “ilhas de experiências persecutórias” exigem atenção por sua importância fundamental no estabelecimento do “ser” do indivíduo, sem o qual uma

vida não chega a ter sentido verdadeiro. O indivíduo pode organizar essas experiências na forma que um processo delirante ou uma paranoia organizada.

5.3.2 Fracasso da ilusão e malogro da área transicional

No início teórico, na área da dependência máxima, a falha do ambiente é uma falha da experiência de ilusão, que é naturalmente promovida pelo ambiente suficientemente bom. Após experimentar a ilusão de onipotência, através da qual uma sensação coincide com um objeto do mundo externo, tanto as sensações quanto os objetos passam a ter uma qualidade de realidade e os impulsos, uma qualidade criadora. A partir desse momento, alguma desilusão pode ser aceita, já que o elemento ilusório pode ser reconhecido, aceito e usado quando a experiência subjetiva e objetiva se interpõem, isto é, na área transicional da experiência. “Isto é a base do símbolo que de início é, ao *mesmo tempo*, espontaneidade e alucinação e *também*, o objeto externo criado e finalmente catexizado” (Winnicott, 1960b/1983, p. 133, grifos do autor).

No início da vida, é tarefa do ambiente permitir a experiência de onipotência, em um ambiente de ilusão, a partir do qual o indivíduo pode permitir fracassos, a desilusão e a ab-rogação da onipotência, da mesma forma que o desmame só pode ser feito depois de uma experiência bem-sucedida de amamentação. O “trauma sutil” em Winnicott ocorre, considerando o conjunto ambiente-indivíduo da dependência absoluta, quando o ambiente faz uma excursão para fora da área de controle onipotente do indivíduo, deixando-o “independente” quando ele ainda não é capaz de ser sozinho. Essa “ausência” do ambiente durante a fusão dos primeiros momentos da vida é um tipo de intrusão, uma desilusão precoce.

Uma falha da experiência de ilusão pode incapacitar o indivíduo a usar o elemento ilusório para a criatividade, o brincar ou o trabalho construtivo. Sem ter experimentado vezes bastantes a ilusão permitida pelo ambiente suficientemente bom, o indivíduo não chega a ser capaz de ser desiludido e nem de fazer uso das áreas intermediárias da experiência, isto é, dos fenômenos transicionais. Para esse indivíduo, um sentimento de futilidade e impotência pode ser decorrente da percepção de que seu gesto é vão.

Mesmo a destrutividade do indivíduo, lançada para fora dele, não pode ser adequadamente reconhecida e integrada ao sujeito sem o auxílio da ilusão. Os processos que pertencem ao estágio da preocupação (*concern*) dependem da criação desse primeiro momento de coincidência do impulso e do objeto, sem o qual a cisão dos objetos e do próprio indivíduo permanece, mantendo os processos de idealização de um lado e a persecutoriedade do outro, separados por um abismo. Essa cisão fundamenta uma distorção tanto da realidade externa quanto da realidade interna e impede o teste de realidade, o qual torna-se profundo apenas com a integração do ego, com a síntese do objeto e a fusão dos impulsos, presente na ambivalência.

5.3.3 Cisão básica da personalidade e o falso *self*

Winnicott apresenta um tipo de classificação das organizações falso *self*, de um extremo patológico até o lado da saúde e da maturidade, desde um aspecto “bem-educado” (cujo significado é adaptável) e socialmente adaptado da pessoa normal até o falso *self* extremamente cindido e submisso. O autor (Winnicott, 1960b/1983) “relacion[a] o que divid[e] em *self* verdadeiro e falso com a divisão de Freud do *self* em uma parte que é central e controlada pelos instintos (ou pelo que Freud chamou sexualidade, pré-genital e genital), e a parte orientada para o exterior e relacionada com o mundo” (p. 128).

Green (1988) sugere que o processo de cisão é importante na psicose ou estados fronteiriços, à diferença do processo de repressão, o qual está relacionado à neurose. O autor relaciona compreensões diferentes sobre a causa da cisão (*clivage*) presentes na literatura psicanalítica às diferentes concepções sobre o indivíduo em cada autor. Segundo ele, tanto para Freud quanto para Klein, a cisão é uma operação do instinto de morte, em Freud forças separatórias opostas à ação unificadora do instinto de vida, em Klein relacionada ao medo de aniquilação, manifestação do instinto de morte, o que dirige o afeto destrutivo para o objeto. Em Winnicott, a cisão está igualmente relacionada à destruição, sem, no entanto, necessidade da postulação de um instinto de morte. Para Green (1988):

Primeiro Winnicott supõe que experiências destrutivas do início, devido à imaturidade do ego, não podem ser percebidas como tais; faltando integração, elas são mais

parecidas com ‘agonias’ impensáveis. Segundo, a atitude do meio externo é de máxima importância na contenção desses estados desintegrados. Em minha opinião, a divisão (*clivage*) é dificilmente concebível sem seu termo complementar: a confusão. A divisão da criança é uma reação muito básica à atitude do objeto, que pode ser dupla: (1) uma falta de fusão por parte da mãe, no sentido de que mesmo nas experiências reais de encontro com a criança se depara com *seios em branco*; (2) um excesso de fusão, sendo a mãe incapaz de renunciar em prol do crescimento de seu filho ao êxtase paradisíaco reobtido através da experiência de gravidez (p. 83, grifos do autor).

Nessa situação, o trauma não é, necessariamente, uma experiência de negligência específica ou excesso do ambiente, o que seria ver apenas a parte ambiental do fenômeno. Antes, ele seria o resultante da atitude do ambiente que viola a experiência do bebê em sua condição de dependência, algo que rompe com a confiabilidade da própria existência. Para Winnicott, a destrutividade presente na aniquilação não pertence ao indivíduo, como um instinto de morte que objetiva, desde o interior, destruir o indivíduo. A cisão pertence à ruptura introduzida na relação com a realidade. Quando é adaptativo, o ambiente protege da aniquilação e a ruptura tem qualidade de separação, pertence ao princípio de realidade e permite a operação intelectual da negação. Caso contrário, a cisão na criação do falso *self* ou em mecanismos paranoides e delirantes refere a um fracasso do ambiente que insere, na existência do indivíduo, uma experiência de aniquilação o que não faz parte de suas tendências inatas.

O ambiente precoce satisfaz necessidades e não necessariamente apenas os instintos, ou necessidades elaboradas a partir da tensão instintiva. Na dependência absoluta, os instintos ainda não são claramente internos ao bebê. É apenas na medida em que o ego do indivíduo se organiza que a satisfação das experiências impulsivas, agressivas e eróticas, se torna um fato, podem ser recolhidas como experiências individuais e fortalecer ainda mais o ego. Antes de alguma organização do ego, as próprias excitações instintivas podem ser traumáticas, no sentido de atravessar as defesas e não poderem ser incorporadas. Se o ambiente não recebe a parcela agressiva do impulso, mas atenta-se apenas à satisfação erótica, então a agressividade não chega a fundir-se com o erotismo. Elas ameaçam o ego de ruptura, tal como um fracasso ambiental. Para Winnicott (1950/1982):

Fez-se necessário, nesta descrição, discutir dois extremos, na tentativa de levar a uma descrição do estado comum, dentro do qual *algum grau de falta de fusão é uma característica*. A personalidade compreende três partes: um *self* verdadeiro, com eu e não-eu claramente estabelecidos, e com alguma fusão dos elementos agressivo e erótico; um *self* que facilmente se deixa levar pela experiência erótica, resultando disso uma falta do sentido de realidade; um *self* que é total e cruelmente abandonado à agressão. Esta agressão não é nem mesmo organizada para a destruição mas tem valor para o indivíduo porque produz um sentido de realidade e de relação, porém só é trazida à existência pela oposição ativa, ou (mais tarde) pela perseguição. Não tem qualquer raiz no impulso pessoal, produzido pela espontaneidade do ego (p. 372, grifos do autor).

Para compreender o valor da expressão falso *self*, Winnicott contrasta-a com a ideia de verdadeiro *self*, aquilo que acontece quando o falso *self* não é predominante e nem impõe um problema, pertence à saúde. O verdadeiro *self* seria o centro do ser do indivíduo, fonte do impulso espontâneo e da criatividade primária (Winnicott, 1960b/1983), o qual apenas existe em um ambiente suficientemente bom. Esse ambiente depende, no início da vida humana, da atmosfera de identificação criada pela preocupação materna primária (Winnicott, 1956/1982). É essa profunda identificação do adulto com o recém-nascido, fonte de hipocondria e narcisismo, que gera o ambiente no qual o gesto impulsivo encontra o objeto real, criando o mundo em um encontro com realidade, potência e satisfação. A identificação do adulto o leva a compreender que o bebê precisa começar por existir e não por reagir a exigências do ambiente. Por isso, Winnicott localiza na preocupação materna primária a condição de possibilidade para o verdadeiro *self*, já que este não pode se desenvolver sem o cuidado devotado do ambiente.

Tendo atingido alguma possibilidade de espontaneidade e potência no ambiente mais precoce, o indivíduo fortalece em si um sentimento de ser real; pode até chegar a aprender a ser “bem-comportado” e “submeter-se às regras”, adaptar-se ao ambiente sem ter de inibir sua vitalidade ou sentir que se traiu. Esta é uma conquista do amadurecimento, seria um “aspecto submisso do *self* verdadeiro no viver normal, uma habilidade do lactente de se submeter e de não se expor” (Winnicott, 1960b/1983, p. 136). Dela depende a capacidade do indivíduo de usar o elemento ilusório que pertence à área transicional da experiência, na esperança de encontrar ou criar o lugar onde as expressões impulsivas, espontâneas, têm vez e não se limitam às situações sociais “submetedoras”.

Verdadeiro, em Winnicott, pode indicar igualmente que, para o *self*, eu e outro existem de verdade, cada qual com necessidades próprias, reconhecidos, respeitados, considerados (A. Oliveira, 2007). Por outro lado, o sentimento de *real* só pode advir da agressão que encontra oposição ativa.

Entre os extremos, portanto, existem os elementos que pertencem à saúde. A seguir, apresentamos a classificação das possibilidades de cisão na personalidade, segundo Winnicott (1960b/1983), de acordo com os graus de falso *self*, desde estados próximos da saúde até manifestações no extremo da patologia:

a) Na saúde, o falso *self* é organizado para proteger, em vez de ocultar e isolar, o verdadeiro *self*. É um mecanismo a mais de defesa, em vez de um aspecto significativo do desenvolvimento, e seria representado pela organização comum de uma atitude social respeitável, capaz de encontrar meios de manter a espontaneidade, a agressividade e o amor, ainda que abrindo mão da onipotência.

b) O falso *self* pode ser também um tipo de defesa organizada através da identificação de uma parte da personalidade com alguém que parecia possuir alguma qualidade defensiva necessária para o indivíduo.

c) Como uma defesa um pouco menos saudável, mas ainda “do lado da normalidade”, o falso *self* tem por objetivo buscar maneiras para permitir a expressão do verdadeiro *self*. A capacidade para usar símbolos é mantida, mas um símbolo pode não ser satisfatoriamente usado diante de uma pervasiva sensação de desesperança. Caso não encontre ou perca as esperanças de encontrar meios de exprimir o verdadeiro *self*, então a função do falso *self* é organizar o suicídio, que é a morte do *self* total como defesa contra a traição e a exploração do verdadeiro *self*.

d) Já mais próximo do extremo da patologia, o falso *self* defende o verdadeiro das anormalidades do ambiente. O verdadeiro *self* tem alguma vida secreta, totalmente mágica, que contém poucos enriquecimentos advindos da realidade externa.

e) No extremo, o falso *self* se apresenta como real, se relaciona com os “observadores”, que nada percebem, a menos quando exigem uma pessoa integral, com quem conviver, trabalhar e amar, pois o falso *self* não possui experiências instintivas,

necessárias para relacionamentos interpessoais significativos. Algo como o verdadeiro *self* permanece apenas como um potencial, mas é incomunicável.

As defesas *c*, *d* e *e* parecem estar relacionadas à noção de “pessoas que são essencialmente falsas personalidades” (Winnicott 1960b/1983, p. 131). No entanto, essas diferenças fazem sentido apenas na clínica e é importante manter como reserva do terapeuta a ideia de uma gradação de cisão da personalidade.

Quando o ambiente inicial do indivíduo não é suficientemente bom, o gesto espontâneo, impulsivo, não encontra um objeto satisfatório, mas o gesto do ambiente, uma exigência de reação. Encontrar um gesto do ambiente força o indivíduo a *submeter-se*, abrir mão de sua potência antes de tê-la experimentado o bastante; o gesto do indivíduo é substituído pelo gesto do ambiente. Essa submissão é o primeiro momento do falso *self*, resulta de um fracasso do ambiente em atender à necessidade de um gesto espontâneo. A situação inverte-se e é o indivíduo quem deve perceber as necessidades do ambiente.

Franco (2003) nos auxilia a compreender, a partir da análise do brincar inspirada em Winnicott, uma qualidade da submissão como falência da experiência criativa:

Afirmo que uma forma não criativa de lidar com a realidade é a submissão. Ao invés de impregnar o mundo com um olhar e ação próprios, o que pode aparecer é uma experiência de submissão que traz consigo um sentido de inutilidade e uma noção de que nada realmente importa. O viver não criativo manifesta-se neste caso em pessoas firmemente ancoradas na realidade, mas doentes no sentido de que perderam o contato com o mundo subjetivo e com a aproximação criativa dos fatos. A ideia de uma vida submissa é descrita em Winnicott com o auxílio do conceito de um eu com um falso *self*, com uma falsa personalidade. É uma ideia que tem origem em Freud, quando este destaca que o eu pode estar orientado para o exterior e relacionamentos com o mundo em detrimento do contato com a sexualidade. Winnicott destaca uma sobre-adaptação egoica. O eu está tão aterrorizado com as demandas do id que se afasta de todas as suas excitações; o eu se torna incapaz de incorporar as excitações, que são vividas de modo traumático. Neste sentido, o eu é incapaz de sustentar os riscos envolvidos e as frustrações necessárias no caminho de poder experimentar a satisfação do id (p. 49).

Esse é o caminho através do qual a personalidade sofre uma cisão, uma separação precoce entre *self* e ambiente. Uma parcela da personalidade cindida é encarregada de submeter-se, reagir, introjetar aspectos do ambiente para adaptar-se a ele, agindo como ele age ou como o indivíduo percebe que ele gostaria. Essa parte da

personalidade aceita distorcer-se em benefício do ambiente, com o custo de nunca ser espontânea, criativa, ou sentir-se real. A função positiva desse falso *self* é, como dissemos, ocultar a outra parcela da personalidade, algo que poderia se desenvolver em um verdadeiro *self*. Ao isolar a parte “verdadeira” da personalidade cindida, a parte falsa evita que o núcleo do sentimento de ser seja violado. A parte “falsa” faz esse sacrifício, desde que a parte verdadeira nunca venha a ser tocada pelo ambiente intrusivo. O resultado disso seria “inimaginável, a exploração do *self* verdadeiro, o que resultaria em seu aniquilamento” (Winnicott, 1960b/1983, p. 134).

No caso extremo, o falso *self* é a única parte da personalidade que entra em contato com a realidade, sem que o indivíduo possua muitas experiências impulsivas, espontâneas ou criativas. O viver do falso *self* possui uma qualidade passiva, seu movimento é secundário ao ambiente (reativo), incapaz de originar as relações necessárias para atingir a simbolização. Segundo Winnicott (1960b/1983), “entre o lactente e o objeto existe algo, alguma atividade ou sensação. À medida que isto une o lactente ao objeto (como o objeto parcial materno), se torna a base da formação de símbolos. Por outro lado, à medida que há algo separado ao invés de unir, sua função de levar à formação de símbolos fica bloqueada” (p. 133).

Green (1988) propõe uma compreensão sobre a cisão a partir da clínica com estados fronteiros ou casos limites (*cas-limites*). Para ele, o julgamento da realidade em casos limites refere à fragilidade das fronteiras do ego, já que a destrutividade do indivíduo resultou em divisões no ego e não na separação entre o ego e o mundo externo. Essas divisões no ego portam uma qualidade que é tanto rígida, na criação de núcleos rígidos da personalidade, quanto frágil, já que os “núcleos duros” estão fracamente conectados entre si, como em um colar de pérolas unidas por um fio em vias de partir-se. O elo entre os núcleos da personalidade precisa ser encontrado pelo psiquismo do terapeuta.

Para Green, o conceito de falso *self* de Winnicott ajuda a compreender os aspectos narcísicos de personalidades fronteiriças, bem como o funcionamento de um teste de realidade radicalmente diferente nessas personalidades. Segundo o autor (1988):

Como o ‘falso *self*’ se erige não em experiências reais do paciente, mas na condescendência com a imagem que a mãe tem de seu filho, a organização do ‘falso *self*’ serve ao narcisismo do objeto, mais que àquele do *self* – daí um paradoxo entre a existência de aspectos narcísicos e o sentimento de que eles têm natureza diferente dos aspectos comuns das chamadas personalidades narcísicas. A resposta a essa verificação contraditória é de que o ‘falso *self*’ é suprido por um narcisismo emprestado – o narcisismo do objeto. Consequentemente, o funcionamento mental do desnortado analista parece com o duplo do funcionamento mental e de relações objetais do paciente: simétrico, complementar ou oposto (p. 87).

Em Green, a ideia de transicionalidade de Winnicott é levada a um quarto momento na compreensão do julgamento e teste de realidade em casos limites. Segundo o autor, o princípio de realidade exige que o psiquismo seja capaz de decidir se o objeto está presente, em um tipo de resposta sim ou não; o princípio de prazer permite apenas a resposta sim, enquanto a negação é uma sofisticação do aparelho psíquico possibilitada pelo princípio de realidade. No fenômeno transicional, existe uma terceira possibilidade, que é “sim-e-não”. Para Green (1988):

Existe uma quarta resposta possível: *nem ‘Sim’ nem ‘Não’*. Há uma escolha alternativa para a recusa da escolha. O objeto transicional é uma *recusa positiva*: ele é tanto um ‘Sim’ como um ‘Não’. Os sintomas do fronteiroço, significando objetos transicionais, oferecem uma *recusa negativa da escolha*: *nem ‘Sim’ nem ‘Não’*. Poder-se-ia expressar a mesma relação em termos experienciais fazendo-se a pergunta: ‘O objeto está morto (perdido) ou vivo (achado)?’ ou ‘Estou morto ou vivo?’ – à qual ele pode responder: *‘Nem Sim nem Não’* (p. 89, grifos do autor).

Em sua clínica com casos limites, Green usa contribuições de Winnicott e outros analistas contemporâneos (Bion, Balint, Kernberg), para acolher, na clínica psicanalítica, manifestações que podem ser compreendidas como casos *borderline* ou funcionamentos não-neuróticos. A cisão da personalidade e a frouxa integração do ego colocariam esses casos com alguma diferença de estados psicóticos ou autísticos, mas ainda mantendo uma continuidade com a ideia de fracasso adaptativo do ambiente em acolher a dependência máxima. Uma diferença possível estaria no grau de integração experimentado, ainda que mínimo, antes que o fracasso ambiental tenha sido vivenciado.

5.3.4 Medo do colapso

Como dissemos acima, a vivência de fracassos ambientais na área da dependência absoluta leva à experiência de agonias primitivas, diante das quais o

indivíduo deve rapidamente organizar defesas, dada a sua qualidade insuportável e à ameaça de aniquilação que a elas subjaz. Essas defesas estão relacionadas à qualidade da agonia, isto é, uma agonia de retorno a um estado desintegrado é “representada” na forma de uma ansiedade de desintegração *etc.* A defesa é apropriada à idade na qual a agonia foi vivida, usa os mecanismos primitivos que existiam ou que estavam em vias de se desenvolver, para recolher a experiência da agonia em uma área de controle pessoal.

Para Winnicott (1965b/2005), no lugar onde as defesas foram organizadas, a agonia, ou a loucura (*madness*), não foi experienciada completamente. Apenas a ameaça da agonia foi sentida, dada a imaturidade do indivíduo em perceber que “algo” dessa magnitude tenha sido vivido. A ansiedade, ou mesmo o sofrimento, do nível das agonias primitivas acha-se mais além de qualquer descrição. Em vez de viver esse inimaginável, o indivíduo organizou-se para se defender. O mais próximo que o indivíduo pode chegar da experiência original é o conteúdo presente na defesa psicótica, traduzido como medo de um colapso, ou a ação no mundo de forma tal que esse colapso total pareça ser precipitado pelo indivíduo que o teme. Segundo o autor (Winnicott, 1963/2005):

Por que o paciente continua a preocupar-se com isto que pertence ao passado? A resposta tem de ser que a experiência original da agonia primitiva não pode cair no passado a menos que o ego possa primeiro reuni-la dentro de sua própria e atual experiência temporal e do controle onipotente agora (presumindo a função de apoio do ego auxiliar da mãe, ou do analista).

Em outras palavras, o paciente tem de continuar procurando o detalhe passado que *ainda não foi experienciado*, e esta busca assume a forma de uma procura deste detalhe no futuro.

A menos que o terapeuta possa ter êxito em trabalhar com base em que esse detalhe já é um fato, o paciente tem de continuar a temer encontrar o que está sendo compulsivamente procurado no futuro (p. 73, grifos do autor).

Encontramos, neste postulado, um paradoxo: o colapso temido já aconteceu, mas precisa ser precipitado para que possa ser lembrado e pertencer ao passado. A agonia “vivida” no passado não pode ser compreendida como parte da história do indivíduo, a menos que seja percebida como uma ameaça e, assim, traduzida em ansiedade, a qual por sua vez busca paradoxalmente provocar exatamente aquilo que é temido.

Essa busca projetada no futuro de algo que aconteceu no passado convoca um ambiente preparado para aceitar esse esquisito estado de coisas. Um modo no qual ele pode ser vivido é através da regressão à dependência em um ambiente especializado, pronto para identificar-se com o indivíduo e atender às suas necessidades instintivas e egoicas enquanto procede (ou regride) rumo ao colapso. Essa é, em linhas gerais, a situação da regressão clínica à dependência em psicanálise, a qual corresponde, em parte, às crises psicóticas, quando o colapso das defesas pode ser aproveitado para proporcionar o ambiente no qual algumas das defesas psicóticas podem ser abandonadas e substituídas. Faremos, na última seção deste capítulo, uma breve consideração dessa regressão à dependência como uma necessidade passível de estar presente em uma crise psicótica.

5.4 Necessidade de regressão à dependência e crise psicótica

Retomando brevemente as consequências do medo do colapso, o medo é a antecipação da necessidade de fazer precipitar de uma vez o colapso das defesas primitivas, quando elas se mostram insatisfatórias para as dificuldades inerentes à vida. As distorções psicóticas na maior parte das pessoas podem dificultar ou mesmo impedir uma vivência em comunidade e o sentimento de realidade.

Isso não quer dizer que o acesso a mecanismos psíquicos primitivos seja necessariamente patológico. A função psíquica da atenção origina-se de um princípio paranoide, os objetos são encontrados através da destrutividade originária da tensão impulsiva; isto é, os mecanismos sofisticados dependem da vivência dos mecanismos primitivos e deles advêm. Além disso, mecanismos psíquicos primitivos podem ser recursos importantes, como a capacidade para perceber o inusitado e o que não é garantido, bem como sensibilidade para acolher o que é subjetivo e originário. Muito da capacidade do terapeuta em compreender as defesas psicóticas depende do que o ele

mesmo possui de potencial psicótico disponível em sua personalidade; e uma vida composta apenas de sanidade e adaptação seria pobre em originalidade e vitalidade.

No entanto, a saúde mental depende igualmente da capacidade de se preocupar (*concern*) e ser responsável, o que não só facilita uma vivência interpessoal com respeito ético à alteridade, como também libera a instrumentalidade do impulso agressivo necessário para o viver criativo.

Se o indivíduo vive um colapso de suas defesas, então ele se resulta “indefeso”, precisa de um tempo e de experiências com as quais adquirir novas formas de defesa e outras capacidades psíquicas necessárias para amadurecer. No grave momento do colapso de suas defesas, mesmo o indivíduo adulto torna-se, mais uma vez, dependente do cuidado ambiental, tal como o foi na primeira infância, naquele breve e torturante momento em que deixou de confiar no ambiente e esteve próximo de experimentar a aniquilação.

Winnicott (1954b/1982) nomeia essa experiência de *regressão clínica*, uma vez que implica um processo de abandonar regressivamente as defesas construídas no decorrer da vida do paciente, a fim de encontrar o momento traumático e, daí progressivamente, prover o cuidado suficientemente bom, o que promove o amadurecimento. A regressão é ordinariamente descrita como um movimento rumo a posições instintuais, mas Winnicott (1954b/1982) usa o termo para descrever o movimento no qual uma posição avançada é abandonada e uma dependência infantil é restabelecida. Nele, o ambiente está diretamente incluído.

O colapso e a regressão clínica descritas por Winnicott possuem características semelhantes às que encontramos em crises psíquicas graves e o medo do colapso, corolário da necessidade de precipitá-lo, pode estar por trás da ocorrência de recidivas das crises psicóticas. O medo do colapso, mesmo se compreendido como defesa, faz parte de um movimento em direção ao cuidado, pode ser um sinal de esperança, pois mobiliza o ambiente para reconhecer e aceitar a necessidade de dependência. Isso não está claro para o indivíduo, da mesma forma que o fracasso original não pôde ser pensado por ele. No entanto, ao ser sensível com a vulnerabilidade e a fragilidade dos recursos psíquicos em uma crise, o ambiente de cuidado compreende que essa pessoa

precisa viver o colapso de um mundo “que não deu certo” e ter uma nova chance de constituir seu mundo em um ambiente capaz de reparar a falha original.

O ambiente no qual a regressão clínica é possível possui uma tolerância à agressividade que será colocada à prova pelo paciente e uma disponibilidade de adaptação às necessidades que o paciente não é capaz de acreditar que existe (Winnicott, 1964/2005). Nesse sentido, a regressão à dependência é convidada pela confiabilidade do ambiente, o qual se demonstra continuamente capaz de suportar a agressividade reativa ao trauma e a experiência do colapso.

Se for capaz disso, então o paciente estará lá pessoalmente para presenciar o colapso, para amar e odiar o terapeuta pelas suas características pessoais (Winnicott, 1964/2005), viver amor e ódio dentro de uma área de realidade compartilhada com uma pessoa total e, assim, integrar amor e ódio em uma única vivência. Essas capacidades psíquicas preparam o caminho para as aquisições do estágio de preocupação (*concern*), que culminam em uma capacidade de cuidar de si e dos outros, tolerando, através da construção, a agressividade inerente à experiência humana, seja vinda do ambiente, seja vinda do próprio indivíduo.

6 Clínica da psicose

Retomando brevemente o que nos sugere Winnicott (1959-1964/1983) a respeito da contribuição psicanalítica para a classificação psicopatológica, entendemos que os processos patológicos dizem de necessidades de regressão, de uma exigência feita ao ambiente que é uma necessidade de adaptação. A regressão à dependência pode chegar até a configuração original, na qual a dependência era absoluta e o conhecimento sobre a existência do ambiente era mínimo. Por exemplo, quando vemos um bebê chorando, podemos dizer que ele está reclamando seu ambiente, mas não podemos dizer que esse bebê entende que existe um ambiente ou quais elementos do ambiente são necessários para ele naquele momento. É a mãe quem usualmente compreende e é capaz, por sua identificação, de descrever a qualidade do choro e oferecer o que o bebê precisa, sem exigir que o bebê seja capaz de saber de antemão se é comida, afago ou um brinquedo.

Quando, para o adulto, a necessidade de regressão vai até essa configuração do bebê nos braços da mãe, tampouco o adulto pode saber do que necessita, ou que existe um ambiente que pode oferecer-lhe do que ele necessita. Pode ser que ele seja mesmo incapaz de perceber que possui qualquer necessidade e repudie a existência do ambiente, por ser-lhe impossível acreditar mesmo que exista algo para ele no mundo. Afinal, com Winnicott dizemos que o problema da psicose foi um fracasso ambiental, uma impossibilidade de o ambiente ser suficientemente bom para alguém quando a dependência era absoluta.

Em uma crise psíquica tal qual a descrevemos, não existem, *a priori*, pistas óbvias sobre quais são as necessidades envolvidas, quais são as reservas necessárias, o que é preciso fazer ou dizer. É muito difícil, à primeira vista, diferenciar entre a necessidade de cuidado psicológico e a necessidade de uma cirurgia ou de um apocalipse; a necessidade de tratar o paciente ou seus pais, se a escola é realmente perigosa ou se é tudo “coisa da cabeça” do paciente.

O que ocorre é que o indivíduo vê como impossível a tarefa presente no brincar: aceitar sobrepor algo da realidade subjetiva a algum elemento da realidade material, na aceitação do paradoxo de que algo é e não é a coisa ou sentimento que representa, ou a necessidade a ser atendida. Winnicott (1971/1975) nos propõe a ver essa

impossibilidade desde o ponto de vista de algo que poderia ter sido adquirido, já que o uso dos símbolos, da fantasia e da área transicional é usualmente dado por garantido quando a psicose não é um problema central.

A ideia de algo que “poderia ter sido adquirido” remete o terapeuta a buscar promover as condições para que essa capacidade “venha a ser adquirida”, em um “descongelamento” do amadurecimento do indivíduo, originalmente congelado pelo fracasso ambiental. Se esse fracasso ocorreu em uma época da vida na qual a dependência era indispensável, então o descongelamento precisa criar uma situação de dependência análoga, a partir da qual o amadurecimento pode seguir-se, dessa vez encontrando um ambiente suficientemente bom, facilitador da independência.

O fracasso ambiental, portanto, possui uma qualidade diferente quando ocorre em etapas posteriores do desenvolvimento, isto é, quando a dependência começa a ser apenas relativa. Tipos diferentes de fracasso podem resultar em tipos diferentes de experiências traumáticas, experiências que não dão origem a distorções psicóticas, mas outros processos psíquicos. Cada um desses eventos pode gerar tipos diferentes de sofrimento, a depender do grau de dependência no momento do trauma, mas o sofrimento não necessariamente leva à necessidade de tratamento profissional; algum grau de “dor psíquica” está presente na aquisição de capacidades necessárias para o cuidado, como a dor presente no sentimento de culpa, na integração dos objetos cindidos e na preocupação (Winnicott, 1954a/1982). Se, no entanto, o sofrimento persiste por uma inadequação, fragilidade ou rigidez das defesas que ele origina, então cada tipo de sofrimento demanda uma variedade de clínica, modos distintos e específicos de cuidado (Januário & Tafuri, 2011).

O ajuste do tipo de psicoterapia a ser utilizado depende da avaliação, por parte do terapeuta, do grau de dependência relacionado à imaturidade do indivíduo, ou a regressão psíquica até o modo de coisas no qual o amadurecimento ficou “congelado” pelo fracasso do ambiente. O grau de regressão, ou de necessidade de dependência, pode variar em um mesmo indivíduo na clínica. Isso implica que o terapeuta precisa ser flexível o bastante para passar de um tipo de terapia para o outro segundo a necessidade do paciente, seu grau de regressão psíquica à dependência ou de progressão de volta à independência e à integração (Winnicott, 1961, citado em Januário, 2012).

A seguir, examinaremos de alguns dos elementos da teoria winnicottiana da clínica da psicose, ao buscar criar esse ambiente em um processo terapêutico que facilita o amadurecimento. Os elementos examinados incluem as seguintes ideias: o *setting* como abertura de um espaço potencial a partir da dependência; a sobrevivência do ambiente à precipitação do colapso e a experiência do cuidado como oportunidade construtiva.

6.1 O *setting* como espaço potencial a partir da dependência

Segundo Winnicott (1958/1983), a experiência com a ilusão de onipotência, proporcionada por um ambiente suficientemente bom no início da vida é o que permite o uso de substitutos para pensar e representar os elementos do ambiente, quando estes começam a se revelar verdadeiramente “externos” ao indivíduo.

A capacidade de separar-se desses elementos depende de um mecanismo psíquico que permita ao indivíduo ab-rogar gradativamente sua onipotência, ao conceder a existência material ou externa dos objetos, sem que eles percam totalmente o componente subjetivo que eles tinham na experiência ilusória original. O indivíduo depende desse componente subjetivo dos objetos para conseguir evocá-los virtualmente, como memória ou potencial, no momento em que uma nova tensão impulsiva ou uma necessidade egoica aparecer. Se ele puder manter uma experiência subjetiva com os objetos que ele começa a aceitar como externos, então poderá pensar esses objetos. O pensamento depende dessa distância, desse espaço temporal e físico, no qual se criam os fenômenos transicionais (Winnicott, 1971/1975).

Esse mecanismo psíquico de “pensar os objetos” permite que o indivíduo faça uma complicada operação emocional, que é a formulação de um pressuposto, um enunciado que é verdadeiro em sua experiência impulsiva e egoica com a realidade. Esse pressuposto é: o que é amado e confiável ainda está disponível no mundo, as necessidades podem encontrar um objeto satisfatório (Winnicott, 1971/1975).

O pressuposto é uma proto-racionalização sobre a experiência emocional da criança com o seu ambiente. Com esse aparato intelectual, a criança habita com uma ideia que criou a partir de suas experiências: existe um mundo encontrável, bom o

bastante. A qualidade de sua experiência no mundo colore a capacidade de estar sozinho (Winnicott, 1963/1982), a partir dos elementos emocionais presentes nas experiências passadas com o ambiente (confiança, esperança, bondade). Estar sozinho na presença de outros é mais um paradoxo proposto por Winnicott (1963/1982), presente na experiência da criança pequena com seu ambiente. A solidão torna-se um fato da realidade da criança e uma necessidade tanto do indivíduo quanto do ambiente de integração e independência.

O ego da criança winnicottiana formula sua frase: Eu sou/estou só (junto)⁶. A proto-simbolização permite que a criança comece a usar intermediários para veicular ao ambiente suas necessidades, sinalizá-las através de equações (copo=sede) interpretadas pelo ambiente, que já não deve mais atender magicamente as necessidades do bebê. Santos (1999) descreve a qualidade paradoxal dessas equivalências geradas na área transicional:

O espaço transicional produz um tipo particular de objetos, que são modelados pelos desejos. Esse espaço obedece a um pensamento paradoxal, cuja característica essencial é escapar da dicotomia instaurada pela atribuição do juízo de existência, que opõe o ser e o não-ser sob a primazia do princípio de realidade. Esses objetos materializam os efeitos de uma suspensão de juízo em relação à realidade. Do ponto de vista da criança, esses objetos criados *são e não são* o que representam. Essa noção introduz algo de novo no conceito de equivalência que, por exemplo, está subjacente às teorias sobre a formação do símbolo e da capacidade representacional (por exemplo, a homologia entre um determinado aspecto da experiência corporal e um símbolo) (§ 46, grifos do autor).

A espacialidade em Winnicott propõe a interlocução de dois espaços, intrapsíquico e mundo externo, na criação de um espaço intermediário, entre dentro e fora, que desafia a lógica ao convidar essa superposição. Esses estranhos postulados “entre” que encontramos em Winnicott são modos que o autor pensa os paradoxos encontrados na origem do humano, na dependência e no cuidado. A psicanálise busca descentralizar a racionalidade tradicional a partir do que vive com o seu *objeto* de estudo, que, paradoxalmente, é um *sujeito*, ou melhor, dois sujeitos em uma situação de cuidado. Segundo Franco (2003):

A noção de espaço que Winnicott introduz está imersa em um paradoxo do ponto de vista de uma lógica clássica. Enquanto a realidade psíquica proposta por Freud tem

⁶ “*I am alone (together)*”.

uma localização dentro do corpo, é intrapsíquica, e a realidade externa está localizada nas tramas sociais intersubjetivas, Winnicott quer falar de um espaço que fica entre, um espaço que não pode ser localizado pela lógica do terceiro excluído, segundo a qual ou seria intrapsíquico ou intersubjetivo. O espaço winnicottiano é os dois, está lá e cá. Winnicott diz claramente que não pretende questionar a noção de espaço interno e espaço externo de Freud. A ideia de Winnicott complementa esta noção, acrescentando este espaço especial que fica fora e dentro ao mesmo tempo, espaço construído pelo bebê e a mãe e recriado na relação analítica (p. 51).

A experiência da ilusão de coincidência entre o subjetivo e o objetivo possibilita a posterior abertura do espaço potencial onde eles progressivamente se distinguem. O espaço potencial é necessário para usar elementos compartilháveis (linguagem e símbolos), pensar e comunicar necessidades psíquicas. Sem a experiência da ilusão e da ausência, as necessidades não são pensadas e nem convertidas em desejo, pois a distância (falha constitutiva) que levaria até o desejo foi introduzida antes da constituição da ilusão no psiquismo do indivíduo. Antes da ilusão de criar o mundo como uma necessidade, não é possível estar sozinho nesse mundo, nem pensar o mundo. Segundo Santos (1999), “o fracasso na constituição dessa área de solidão, seja por excesso de ausência ou por presença em demasia do objeto materno, produziria uma paralisia na atividade de pensar” (§ 56). Essa paralisia no pensar, ou a impossibilidade de pensar, deixa como alternativas possíveis a atuação impulsiva (*acting out*), a inibição afetiva, ou a confusão do pensar, particularmente presentes em crises psicóticas.

Assim sendo, Santos (1999) propõe, com Winnicott, que o *setting* psicoterapêutico seja uma variante do arranjo das condições de possibilidade para o espaço de solidão, um espaço potencial. Se o indivíduo não é capaz de separar e habitar com um mundo dentro e fora, então ele não é capaz de estar só e nem de brincar. Portanto, a psicoterapia é o trabalho para torná-lo capaz disso (Winnicott, 1971/1975).

A abertura entre o terapeuta e o paciente é visada como objetivo terapêutico, no sentido da construção da capacidade de pensar, o pressuposto que permite a capacidade de estar só, de brincar e preocupar-se: capacidades vinculadas ao uso da área transicional da experiência. São as falhas na aquisição dessas capacidades que permitem estimar os fracassos específicos do ambiente original do indivíduo e como o ambiente terapêutico pode repará-los. O novo trabalho feito pelo ambiente envolve precisar e aceitar o grau de dependência que o indivíduo necessita para conseguir atingir o estado onde essas capacidades podem ser adquiridas.

Ao buscar as condições originais de possibilidade da aquisição da capacidade para inscrever psiquicamente a ausência através do pensar e do brincar, o ambiente da psicoterapia deve suportar a regressão de volta à dependência, apenas para facilitar o caminho rumo à independência.

Diante desse cenário, importa ter uma amplitude de reservas de cuidado disponíveis, segundo compreende Figueiredo (2012), pronta para ser mobilizada segundo são manifestadas as necessidades do paciente. A ideia é semelhante ao *setting* feito pela família, a preparação para encontrar a “boca faminta”, o que não significa “enfiar comida goela abaixo”. Em um dado momento no início do desenvolvimento do bebê, aparentemente a mãe estará mais implicada em cuidar do bebê, mas isso não significa que ela está fazendo sua tarefa sozinha. Ela própria depende das reservas de um ambiente de cuidado mais amplo em que confiar, assim como depende de sua própria maturidade emocional, incluindo o pensar e o confiar.

Assim também é para o terapeuta no encontro com a regressão à dependência, com a crise. Em um dado momento, pode parecer que a terapia individual seja a coisa mais importante, com esse terapeuta mais implicado do que outras pessoas, mas isso se pode dar apenas em breves momentos do processo psicoterapêutico. Outras pessoas precisam estar disponíveis e compor um ambiente mais amplo do qual o terapeuta individual precisa depender. Mais do que planejar os detalhes do que deve ser oferecido a um paciente em crise, importa que o ambiente de cuidado esteja organizado de tal forma que exista sempre alguém com tempo e disponível (Winnicott, 1962a/1983) para descobrir do que o paciente e o terapeuta necessitam e provê-los adequadamente.

A partir do que aprendemos sobre o cuidado materno, sabemos que a terapia da crise envolve uma capacidade negativa, na possibilidade de que o terapeuta aguente, brincando com o tempo (*hold on, playing for time*, Winnicott, 1963b/1983), acreditando nas tendências ao amadurecimento do paciente, segundo tempo e ritmo dele, mais do que segundo o impulso e necessidades do terapeuta.

Assim sendo, a maior parte do trabalho fica por conta das tendências maturacionais do indivíduo, do destino dado por ele a seu próprio impulso em um ambiente de sustentação (*holding*) e confiabilidade. O terapeuta durante a crise fica com a difícil tarefa de manter o *setting*, isto é, de continuar existindo, protegendo as reservas

e se demonstrando a cada vez confiável e encontrável (Winnicott, 1964/2005). Esse ambiente permite, ao paciente regredido, um novo começo (Figueiredo, 2007), um espaço onde pode existir descanso e o nascimento da confiança. As experiências com a confiabilidade (*dependability*) do ambiente de cuidado tornam-na uma função internalizada, base para a capacidade de acreditar (*believe*) e o sentimento de confiança (*sense of trust*) (Figueiredo, 2007).

O *setting* é construído segundo as necessidades do paciente e não possui um formato rígido a ser obedecido logo de início. Algumas das formas de um *setting* terapêutico, é verdade, já foram experimentadas em seus detalhes por tantos clínicos quanto puderam descrevê-lo (Aiello-Vaisberg, 2004), como por exemplo, a importância de uma sala com porta, um horário previsível e delimitado, encontros com uma frequência fixa, pagamento negociado segundo a realidade do paciente e respeitado segundo um contrato *etc.* Essas formas são importantes para nortear os aspectos básicos dos quais depende uma pessoa em crise, em uma temporalidade em que justamente os parâmetros mais banais e óbvios de qualquer “normalidade possível” estão profundamente abalados e podem mesmo ser atacados. Por isso, são os elementos mesmo do *setting*, aparentemente “garantidos”, os que precisam mais do que nunca ser encontrados com confiabilidade e estabilidade pela pessoa em crise.

As formas do *setting*, do ambiente de cuidado, são tão espaciais e temporais quanto qualidades do próprio terapeuta. Essas qualidades devem ser variáveis o bastante para acolher formas de existência muito precárias, persecutórias, desconfiadas, enfim, a qualidade da imaturidade específica da pessoa em crise. Um dos aspectos mais importantes do *setting*, e os mais difíceis de serem mantidos, é a confiabilidade profissional do terapeuta (a qual não corresponde à inconfiabilidade comum dele como pessoa, Winnicott, 1964/2005), compreendida também no termo inglês *dependability*, que indica a qualidade de alguém de quem outros podem depender. Essa qualidade é preservada no *setting* suficientemente bom, não importa o grau de imaturidade da pessoa em crise, de seus comportamentos ou impulsos.

Quanto mais nos aproximamos da temática da psicose, mais a manutenção do *setting* torna-se difícil e, a um só tempo, indispensável. A abertura do espaço potencial implica que esse espaço será testado de modo impulsivo e destrutivo pelo paciente, para

verificar sua firmeza, elasticidade, permanência e capacidade de tolerância, já que esse espaço deverá ser o ambiente onde eventos potencialmente aterrorizantes e indispensáveis deverão ser vividos e compartilhados. Na clínica da psicose, o terapeuta cria o ambiente para a vivência do colapso das defesas psicóticas, de algo próximo à experiência original de agonia primitiva e, a partir daí, das vivências agressivas que pertencem ao desenvolvimento, por parte da pessoa em crise, da capacidade de se preocupar (*concern*).

Encontrar o paciente em sua crise através do oferecimento de um espaço potencial depende da capacidade do analista em acolher o colapso e sobreviver a ele. A seguir, examinaremos algumas das características emocionais da experiência do colapso em Winnicott e da qualidade da sobrevivência do *setting* diante do colapso.

6.2 Sobrevivência do ambiente à precipitação do colapso

Dias (2002) discute a sobrevivência presente no cuidado materno e no ambiente terapêutico, seguindo a ideia de Winnicott da continuidade da tarefa da mãe no cuidado materno com outras atividades nas quais o cuidado no encontro com a dependência é central. Segundo a autora (2002):

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

A capacidade de sobreviver não está relacionada a um sentimentalismo, permissividade ou indulgência. Negar os elementos odiosos ou destrutivos da experiência humana seria um modo imaturo de defender-se deles, usualmente presente em reparações maníacas ou onipotentes (Figueiredo, 2012).

Ao contrário, a sobrevivência é a possibilidade de uma continuidade, do continuar a existir em confiança e partilha. Para Dias (2002), “não importa o grau de

maturidade que tenham alcançado, os seres humanos têm de ser, e continuar sendo; isso significa preservar vivos a criatividade e o sentido da vida, até que a morte, como derradeira marca da saúde, cobre o seu tributo, finalizando, de modo natural, no melhor dos casos, o tempo que nos foi emprestado” (p. 350). A autora cita Heidegger, segundo o qual “o ser humano é essencialmente necessitado de ajuda (*Sorge*), por estar sempre em perigo de se perder, de não conseguir dar conta de si mesmo”.

Dias (2002) descreve diferentes modos nos quais a mãe do recém-nascido sobrevive à agressividade e destrutividade dele: nos primeiros momentos da amamentação, a mãe sobrevive ao impulso voraz primitivo, depois à raiva dele provocada por seus fracassos, pelo desmame e pela desadaptação, em terceiro lugar, a mãe se mostra opaca ao impulso do bebê, crucial para que o filho seja capaz de expulsar a mãe, como objeto subjetivo, para fora do controle onipotente.

Ao usar o paralelismo do cuidado infantil com o cuidado à psicose, Winnicott põe em relevo as dificuldades inerentes ao cuidado materno e que são sanadas de modo aparentemente natural pela maior parte das famílias, a partir das alterações ambientais que normalmente são convocadas pela chegada de um recém-nascido. A sobrevivência da família (notadamente da mãe) à agressividade do bebê é certamente exasperante de verdade para ela, e deve sê-lo, para que as experiências tenham um sentimento de realidade. Isto implica igualmente que, para promover experiências com qualidade real no *setting*, a sobrevivência do terapeuta depende que ele esteja disponível para sentir de verdade a agressividade e a destrutividade de seu paciente, suportando a situação com uma atitude continuamente confiante.

Versiani e Celes (2015) comentam a importância clínica da noção de Winnicott da *transição da relação de objeto para o uso do objeto* (Winnicott, 1969/2005). Para os autores, os impulsos destrutivos do paciente podem aparecer sob a forma de agressões verbais ou “boicotes” à terapia, faltas, atrasos ou silêncios, ou mesmo rompantes absurdos, ameaças, desorganização e ataques à confiabilidade do terapeuta. A sobrevivência do terapeuta e a integridade da técnica aos mais variados ataques destrutivos do paciente são cruciais para a aquisição da capacidade de usar o analista, em vez de apenas relacionar-se com ele como um objeto subjetivo, sujeito à identificação projetiva, à cisão e ao controle onipotente. Assim sendo, a concepção

winnicottiana de alteridade é *construída*, secundária à experiência ativa do sujeito com a destruição do objeto, nasce com a sobrevivência do objeto, tornado *pessoa* com realidade própria. Apenas após a experiência destrutiva, quando o objeto é localizado externamente ao sujeito com objetividade própria, é que o indivíduo passa de uma relação de objeto, puramente psíquica, para o uso do objeto, uma apreciação real de suas características próprias. O uso do terapeuta pode ter valor como objetivo terapêutico.

Isso não quer dizer, é claro, que o terapeuta deve expor-se a quaisquer riscos e perigos, de modo inconsequente. De fato, Winnicott (1947/1982) diz que, se o terapeuta sabe que o paciente trouxe, por exemplo, uma arma para a sessão, aquele tem a responsabilidade de chamar a polícia para proteger a si mesmo e ao paciente. Há uma variedade clínica da psicoterapia que se adapta a tendências antissociais de pessoas com funcionamentos neuróticos ou psicóticos, a qual depende da capacidade do terapeuta em verificar, nos rompantes de atuação de uma pessoa em tratamento, sua necessidade em ser restituída de algo bom da qual se sentiu privada, em algum ponto de seu desenvolvimento. A privação, segundo Winnicott (1956/2005a), é o sentimento decorrente de uma falha ambiental na dependência relativa, segundo o qual a criança reconhece que tudo ia bem... até que algo lhe foi “roubado” pelo ambiente e por ele deve ser restituído.

Nesses casos, quando a confiabilidade do ambiente terapêutico é suficientemente encontrável, ela convida uma regressão à dependência relativa, na qual aparecem atuações de roubos, mentiras, destruições várias e delinquência. Essa tendência pode estar presente também em casos psicóticos, já que a tendência antissocial não é um diagnóstico como o de neurose ou psicose (Winnicott, 1954-1960/1983).

Na transferência delirante (Winnicott 1964/2005), a experiência de perseguição feita pelo terapeuta é uma maneira de o paciente vivenciar o ódio de maneira projetada, isto é, o paciente se conscientiza de um sentimento de ódio de maneira projetada, na experiência de ser odiado e perseguido. Originalmente, não foi possível sentir ódio do ambiente que causou o traumatismo e a agonia primitiva, pois o ódio pessoal é uma sofisticação do psiquismo, pertence a uma etapa posterior à do traumatismo. Ao permitir-se sentir o ódio, ainda que de forma projetada, o paciente faz um passo necessário no sentido da experiência do ódio de um objeto bom, isto é, do terapeuta

suficientemente bom, “sendo este o estofo da desilusão” (Winnicott, 1965a/2005, p. 106). Lentamente, o paciente percebe que o ambiente é detestável porque não é capaz de ser perfeito e fracassa na adaptação por ser imperfeito e não em uma perseguição contra a existência do indivíduo.

Aceitar a imperfeição do ambiente depende de um momento anterior de idealização, assim como a desilusão depende de uma experiência de ilusão. Isso implica um momento inicial de idealização do terapeuta, identificado com a onipotência do próprio indivíduo, o qual estará cindido de uma parcela da realidade, identificada com a maldade e a persecutoriedade e localizada em algum lugar fora do *setting*. Um movimento do terapeuta idealizado para atender a uma necessidade alheia ao paciente pode ser traumático, no “sentido de ultrapassar as defesas” do indivíduo e introduzir no ambiente uma ruptura, que poderia muito bem ser uma traição, e então o paciente terá bons motivos para desconfiar de seu terapeuta. Tem-se, então, o cenário para a transferência delirante, com o fracasso do terapeuta encontrando o fracasso do ambiente original.

O paciente em transferência delirante tem uma oportunidade de odiar o ambiente que fracassa, recolhendo o fracasso do ambiente dentro da onipotência (o ambiente fracassou porque me odeia). As coisas são explicadas segundo a realidade psíquica do paciente e não podem assumir uma qualidade objetiva (o ambiente fracassou por seus próprios motivos). Essa oportunidade não existia no momento do trauma precoce. A novidade proporcionada pelo ambiente de cuidado é que o terapeuta busca aceitar a loucura de ser odiado por algo que deveria ser perdoável, porque o paciente não é capaz de tolerar a imperfeição do objeto bom, que foi idealizado para protegê-lo dos elementos “maus”.

O tratamento desenvolve-se em um longo período até que o paciente seja capaz de tomar um exemplo do fracasso original, revivido na transferência, que é a atualização do passado do paciente na relação com a pessoa real do terapeuta. O paciente reage com uma agressividade infantil ao fracasso do ambiente em ser perfeito, estamos falando de uma psicose de transferência. O paciente gradualmente rompe as barreiras da técnica e da atitude profissional do terapeuta, até forçar uma relação direta: o passado é vivido no presente, o erro do terapeuta é o erro do ambiente precoce e a raiva do paciente é uma

perseguição do ambiente total, da realidade mesma. O cuidado feito pelo terapeuta deve transformar tudo aquilo que pareceria insano – isto é, que a imperfeição do ambiente é um ataque ao paciente – em algo aceitável, pensável dentro da relação terapêutica. O paciente, então, age para defender-se do colapso da realidade (ele foi ameaçado de aniquilação quando o ambiente não pôde ser encontrado) e o que encontra no terapeuta, ataque após ataque, depois do fim do mundo, é a realidade sobrevivendo, imperfeita e, ainda assim, tolerável, encontrável, cuidadosa.

O aspecto negativo da transferência psicótica é substituído por uma raiva objetiva do fato de que o terapeuta não é perfeito. O paciente sai da identificação projetiva, onde tudo é idêntico, para uma apreciação da diferença e da alteridade através da agressividade. A experiência deixa de ser uma distorção do ser, incapaz de compreender a dependência, para uma experiência de raiva, agressividade secundária, justificada pelo fracasso do ambiente em acolher a dependência.

Para que o paciente seja capaz desse teste de realidade, o terapeuta deve reconhecer e aceitar seus próprios erros, aceitando com igual benevolência a agressividade reativa do paciente. Um terapeuta identificado com a idealização, por uma necessidade de onipotência, arrisca engajar-se com o paciente em uma odisseia contra os perseguidores “externos”. Em vez disso, com um terapeuta “imperfeito”, humano, o paciente pode reconhecer uma experiência real, passada, à qual ele se relaciona com um sentimento adequado (raiva) e da qual pode lembrar-se. Se o terapeuta puder falar sobre o que aconteceu, abrir-se à realidade da frustração presente também no ambiente de cuidado, se ele puder aceitar a agressividade do paciente e continuar existindo com benevolência e confiança, então essa experiência poderá ser usada pelo paciente.

Na medida em que o paciente aumenta a síntese (integração) dos aspectos bons (satisfatórios) e maus (frustrantes) do terapeuta, da mãe ou do pai, diminui a distância entre o que ele acreditava bom ou mau, que era o idealizado ou o persecutório, valores absolutos. Esse mecanismo de síntese dos objetos faz parte de uma função integradora também para o ego, aumenta a capacidade para distinguir entre os objetos e partes de si mesmo (teste de realidade). A integração está também presente na capacidade de uso do objeto, em oposição à relação de objeto, que se dá completamente no mundo subjetivo e na dominância da onipotência. No uso do objeto, existe um respeito à alteridade, à

noção da existência de objetos “não-Eu”, pessoas reais e separadas, as quais foram destruídas com o gesto impulsivo e por sua sobrevivência à destruição localizam-se “fora” da onipotência do indivíduo (Versiani & Celes, 2015).

Também uma parte do indivíduo é destruída com o reconhecimento da alteridade, que é a onipotência sobre o objeto subjetivo. Os processos da integração e da síntese suscitam uma nova qualidade de ansiedade no indivíduo, já que integrar bom e mau o leva a reconhecer que foi, também ele próprio, bom e mau. A ansiedade é depressiva e os processos relativos à posição depressiva e ao estágio da preocupação (*concern*) podem ter sentido.

Na análise de uma pessoa cuja personalidade é fundamentalmente cindida, com a maior parte da espontaneidade e criatividade bloqueada de contato com a realidade, o clínico vê-se em contato com um falso *self*. Ele pode sentir-se seduzido a entrar em conluio com esse falso *self*, pois ele aparenta ser bem-adaptado, bem-humorado ou muito inteligente, mas a análise da parte falsa da personalidade não importa muito para a saúde do indivíduo. Winnicott (1960b/1983) enuncia um princípio, a esse respeito, de que, “na área do falso *self* na prática analítica verificamos fazer mais progresso ao reconhecer a não-existência do paciente do que ao trabalhar longa e continuamente com o paciente na base de mecanismos de defesa do ego” (p. 138).

Por esse motivo é importante para o terapeuta dispor, em reserva, de conhecimento sobre o desenvolvimento primitivo e as ansiedades psicóticas, subjacentes à cisão do ego em falso *self*. Existe algum elemento básico, fundamental, da experiência humana, ao qual aquela pessoa não teve acesso nos primeiros momentos de sua vida, por um fracasso do ambiente. Se o terapeuta puder compreender a natureza defensiva da cisão do falso *self*, ele poderá ter um vislumbre daquilo que não pôde ser encontrado, no momento em que a cisão precisou ser reforçada. Winnicott (1960b/1983) dá exemplos clínicos de quando reconheceu, para seus pacientes, que eles não tinham boca, ou que não sabiam nada sobre a sexualidade por experiência própria, ou que nunca sentiram verdadeiramente esperança.

Assim o terapeuta busca remeter-se à falha que levou à constituição do falso *self*, mantendo a parcela “verdadeira” do *self* protegida, oculta ou inibida. Existe todo um

desenvolvimento que ainda não foi adquirido, porquanto somente pode sê-lo mediante o gesto espontâneo (evidência do verdadeiro *self*) aceito pelo ambiente suficientemente bom. Daí a importância de oferecer um *setting*, mais do que uma análise das defesas psíquicas. O que o *setting* convida, a partir de sua confiabilidade e sobrevivência, é o colapso da função defensiva do falso *self*, que é a parte predominante da personalidade em contato com a realidade. Segundo Winnicott (1967/2005):

Ajudamos ao proporcionar a confiabilidade que o paciente pode usar, no sentido de que pode anular as defesas que foram erguidas contra a imprezibilidade e as calamitosas consequências em termos do horror a ser experienciado. (...) Se alcançamos êxito, capacitamos o paciente a *abandonar a invulnerabilidade e a tornar-se um sofredor*. Se temos sucesso, a vida se torna precária para alguém que estava começando a conhecer um tipo de estabilidade e liberdade quanto ao sofrimento, mesmo que isto significasse a não-participação na vida e, talvez, a deficiência mental (p. 155, grifos do autor)

Neste parágrafo, Winnicott revela que o êxito na clínica da psicose é sinônimo de fracasso e precariedade. O indivíduo em regressão clínica, em crise, abandona as certezas infantis da psicose para arriscar-se na vida humana adulta, onde o sofrimento (ansiedades e frustrações) substitui o horror (agonias primitivas e submissão). Portanto, na clínica da crise, é necessário recordar-se que o cuidado envolve sobreviver ao colapso de tudo quanto o paciente possuía a protegê-lo de uma experiência impossível. Winnicott nos leva a perceber que algo com qualidade de real, mesmo que defesas psicóticas ou o colapso delas, é muito mais importante do que o confortável ou socialmente desejável.

Safra (1995) nos ajuda a compreender a forma como o *setting* desempenha a tarefa de *holding* para encontrar e dar suporte para a vivência efetiva dos sentimentos mais agonizantes do paciente em crise e transformá-los em experiências com valor positivo. Se o *holding* puder ser encontrado justamente no momento mais terrível, a desintegração pode ser vivenciada como relaxamento em um ambiente que existe e é confiável, cair para sempre se transforma em um movimento com liberdade no espaço encontrável e bordejado pelos “braços” do terapeuta, deixar de existir passa a ser substituído por uma confiança na existência, não importam os terrores que ela apresente (Safra, 1995).

Por isso, o terapeuta deve estar emocionalmente disponível para o tipo de trabalho necessário para acolher o colapso, sobreviver a ele, integrar a agressividade e possibilitar a reparação. Esse trabalho envolve o terapeuta pessoalmente e mobiliza sua capacidade para tolerar e sobreviver à destrutividade, dentro dos caminhos que levam da ilusão à desilusão, da ilusão de onipotência aos fenômenos transicionais, da dependência rumo à independência. Experiências cumulativas de raiva e sobrevivência (Winnicott, 1967/2005) substituem o trauma e a experiência de agonia ou ameaça de aniquilação.

A tolerância e sobrevivência à destrutividade, dissemos acima, está relacionada ao trabalho emocional relativo ao estágio de preocupação (*concern*), que transforma o gesto espontâneo de destrutivo a construtivo. Levando em conta a noção de mutualidade no cuidado, apresentamos a seguir uma proposição do cuidado à crise como a criação do espaço que torna oportuna a experiência construtiva, tanto para o terapeuta, quando ele cuida, quanto para o paciente, quando ele se torna capaz de cuidado.

6.3 O ódio na contratransferência

Antes de seguirmos com uma abordagem sobre o ambiente de cuidado à crise psicótica, examinaremos ainda um importante conceito para compreender dificuldades clínicas no manejo da psicose, que é a contratransferência. Winnicott (1947/1982) nos relembra que, em psicanálise, a contratransferência tem sido o nome utilizado para dois tipos diferentes de fenômenos. Primeira e originalmente, a contratransferência seria uma anormalidade na técnica psicanalítica, decorrente da ação do analista pautada em seus próprios conteúdos reprimidos, os quais originam um tipo particular de relações e identificações no amor de transferência que não tem necessariamente a ver com os conflitos do paciente. Também o analista ama em transferência e pode, inconscientemente, priorizar seus próprios conflitos no tratamento que faz desse amor. Esse tipo de fenômeno é muito difícil de identificar sem o auxílio da análise e a supervisão do analista; quando vemos esse tipo de contratransferência, ela é indício de que o analista precisa de mais análise, isto é, precisa de um espaço seu para amar em transferência e assim não invadir o enquadre de seus pacientes com seus (do analista) próprios conflitos.

Além disso, a contratransferência compreende também capacidades e tendências que pertencem ao psiquismo do analista (Winnicott, 1947/1982). O psiquismo do analista, a liberdade de suas emoções, seus pensamentos, seus interesses, seu senso de humor, enfim, suas reservas psíquicas, fazem parte do *setting* analítico e formam as possibilidades e limites desse *setting*. Isto é, o limite do analista é o limite do que ele está disponível ou é capaz de fazer no atual momento de seu desenvolvimento pessoal. Esse tipo de contratransferência pode indicar quando o analista precisa, por exemplo, interromper a análise, ao perceber-se incapaz de atender às justas exigências de um caso específico, como ocorre no caso de um paciente não bem selecionado para um analista em treinamento.

Encontramos aqui um elemento que pertence à profissão do analista e que pode representar um importante impasse para outros profissionais que cuidam de crises psíquicas. Diferentemente do analista, outros tipos de profissionais podem não se sentir no direito de interromper o tratamento, pois aquele é seu trabalho e ele deve cuidar por uma obrigação profissional. Além disso, a interrupção de um tratamento pode significar um paciente clínico desassistido, pois não há exatamente um outro psiquiatra ou enfermeiro para quem o caso pode ser encaminhado; ou pode dar-se que um assistente social seja designado para o cuidado de pacientes psiquiátricos sem ainda conhecer as exigências específicas dessa clientela e sem compreender verdadeiramente os limites de sua capacidade e disponibilidade pessoal (como conhecer os limites, se estes ainda não foram traçados?). O ambulatório de saúde mental não pode abrir mão da indispensável contribuição de um profissional de serviço social, mas aquele assistente social, como pessoa, pode adoecer em função da necessidade de uma disponibilidade emocional grande demais em um determinado caso e para a qual ele se revela, no seu trabalho, incapaz ou ainda despreparado.

Em seu trabalho com a psicose, Winnicott (1947/1982) descobre um terceiro tipo discernível de fenômeno contratransferencial, denominado pelo autor de contratransferência objetiva. Nesse fenômeno, ocorre a emergência reativa de amor e/ou ódio na realidade psíquica do analista a partir de sua viva relação com a personalidade de seu paciente, baseada em sua observação objetiva. No trabalho clínico com mulheres notáveis e sedutoras, como podem ser algumas histéricas, por exemplo, pode existir

uma “contratransferência objetiva” amorosa, possivelmente presente nos processos pelos quais Breuer apaixonou-se pela sedutora Anna O, Jung por Sabina Spielrein.

No trabalho clínico com pessoas psicóticas, ainda existe a possibilidade de uma “contratransferência objetiva” odiosa. Em outras palavras, a observação objetiva feita pelo analista da personalidade do seu paciente psicótico, tal qual o analista pode experimentar no *setting*, resulta em um sentimento justificado de ódio ou repulsa pelo paciente. Segundo Winnicott (1947/1982):

O manejo (*management*) de um psicótico é inevitavelmente irritante (*irksome*), e aqui não me refiro ao tratamento psicanalítico. De tempos em tempos tenho feito críticas contundentes às atuais tendências da psiquiatria com seus choques elétricos fáceis demais e suas leucotomias drásticas demais (Winnicott, 1947, 1949). Justamente em razão dessas críticas por mim expressas, gostaria de ser o primeiro a reconhecer a extrema dificuldade inerente ao trabalho do psiquiatra, e especialmente da enfermagem psiquiátrica. Os pacientes insanos representam sempre uma pesada carga emocional para os que deles cuidam. (...) A fim de ajudar aos que praticam a psiquiatria geral, o psicanalista deve estudar os estágios primitivos do desenvolvimento emocional do indivíduo enfermo, mas deve *estudar também a natureza da carga emocional que recai sobre o psiquiatra ao fazer o seu trabalho*. O que nós psicanalistas chamamos de contratransferência é algo que precisa ser compreendido também pelos psiquiatras. Por mais que estes amem os seus pacientes, não podem evitar odiá-los e temê-los, e quanto melhor eles o souberem mais difícil será para o medo e o ódio tornarem-se os motivos determinantes do modo como eles tratam esses pacientes (pp. 277-278, grifos nossos).

Nesse parágrafo, autor defende que o manejo de uma pessoa psicótica forçosamente perturba as pessoas que cuidam dela, especialmente o psiquiatra e o enfermeiro. São sobretudo as qualidades da personalidade do paciente que motivam reações emocionais poderosas em pessoas que, por seu lugar social, esforçam-se em trabalhar profissionalmente. Neste ponto de vista, até mesmo o profissional mais bem-intencionado e conscientemente responsável com sua clínica está suscetível a, sub-repticiamente, reagir diante de seu paciente psicótico com um comportamento cruel, injustificável senão por uma razão emocional não consciente.

Não podemos, todavia, fazer as vezes de um analista do profissional de saúde mental e buscar interpretar seu comportamento, afinal, o profissional não é nosso analisando. Ainda assim, nos diz Winnicott, o analista pode contribuir ao estudar o particular fardo inerente ao cuidado que esses profissionais fazem no manejo de pessoas psicóticas. Para isso, o conceito de contratransferência pode servir de muito auxílio.

Retomemos, brevemente, os três sentidos da contratransferência apontados por Winnicott (1947/1982), tendo em mente a questão da psicose:

1) Na contratransferência “nociva”, conflitos pessoais inconscientes do profissional podem invadir o *setting* e tornar-se mais centrais no tratamento do que os conflitos do paciente. No manejo da psicose, esses conflitos pessoais são elementos psicóticos do terapeuta que exigem cuidado em um ambiente específico, como a supervisão clínica e a terapia pessoal do terapeuta.

2) Na contratransferência “pessoal”, que refere às características e tendências psíquicas do terapeuta, ele será enviado a reconhecer suas capacidades e limites pessoais, as qualidades de seu atual momento pessoal e profissional, enfim, seu grau de liberdade, conforme são exigidos pelas necessidades do paciente. No trabalho clínico com a psicose, essas características pessoais necessárias incluem a tolerância à destrutividade, à estranheza e ao caos e a capacidade de sobrevivência.

3) No fenômeno da “contratransferência objetiva”, o terapeuta confronta-se com afetos ou ideias despertados por uma observação justa, objetiva, de como é a uma relação íntima com a pessoa que é seu paciente. No manejo da psicose, esses afetos podem ser terrificantes e levar à repulsa, ao ódio e a ideias de rejeição.

Segundo Winnicott (1947/1982), uma pessoa em crise psicótica possui, por vezes, um funcionamento psíquico primitivo, dada sua posição regredida à dependência. Se encontramos um bebê fazendo exigências primitivas, agindo com a agressividade e o egocentrismo próprios do bebê, encontraremos por perto certamente uma mãe ou sua substituta, que se adapta às exigências conforme sua devoção comum. Entretanto, se encontramos uma pessoa adulta fazendo essas mesmas exigências, não hesitamos em chamá-la insana e repudiá-la por sua imaturidade. Essa qualidade da psicose fala da agressividade primitiva e de uma incapacidade (temporária ou prolongada) em reconhecer a alteridade. A realidade de uma pessoa em crise é a realidade psíquica, não a realidade compartilhada, ela não pode usar, no sentido winnicottiano, as intervenções feitas por pessoas que buscam ajudá-la, como as interpretações do analista ou outras técnicas psicológicas (Versiani & Celes, 2015).

Portanto, ao conhecer a natureza de sua própria repulsa, seu próprio ódio reativo ao egoísmo, à teimosia e à passividade do paciente psicótico, o terapeuta pode conhecer

melhor alguns elementos da personalidade dele. Nesse sentido, cuidar dele não seria reagir no ódio, como faríamos em uma situação cotidiana ao afastar-nos de alguém agressivo ou “louco”, mas, no cuidado profissional, o terapeuta é levado, pelos seus sentimentos (muitas vezes justificadamente negativos) a aprender quais são as necessidades comunicadas através dos comportamentos estranhos que o perturbam.

As necessidades comunicadas através das manifestações de uma crise psicótica são primitivas, incluem a necessidade de tornar-se tão dependente que outras pessoas devem cuidar da realidade compartilhada e suas complicações até que a pessoa em crise se torne capaz de entrar em uma relação de realidade psíquica intermediária, até que possa lentamente reconhecer que existem outras pessoas, as quais o paciente atacou quando estava doente, e se elas estão ou não prontas para receber o gesto construtivo correspondente. Ao pensar em alguns de nossos pacientes, compensados depois de um período de sintomas muito intensos e perturbadores, podemos perceber algo da vergonha e culpa a que eles chegam, uma vez que consigam lentamente reconhecer que foram os autores de atos vis, egoístas ou incompreensíveis. Essas pessoas possuem a difícil tarefa de reconhecer a realidade do que poderia ser vergonhoso e culpável na crise ou no sintoma, mas que possui um importante componente de verdade e espontaneidade.

O fato de o terapeuta ter-se afetado com a verdade da agressividade (primária ou reativa ao trauma) de seu paciente em transferência psicótica é a prova da realidade objetiva da existência do terapeuta. Sua postura de confiança e benevolência atrela essa qualidade emocional ao mundo objetivo para o paciente.

Winnicott (1947/1982) nos diz que, quando o bebê, um ser ainda não integrado e com um ego primitivo, é cruel com sua mãe, ele não o faz por ódio dela. Seu instinto ama de modo primitivo, irresponsável, mas o instinto não odeia, quem odeia é o ego de uma pessoa inteira⁷. O mesmo pode ser dito do paciente psicótico: quando ele chega a ser capaz de odiar a pessoa total de seu terapeuta, isto quer dizer que muito progresso já foi feito em termos de amadurecimento do ego.

⁷ O autor cita, a propósito, a seguinte passagem do texto de Freud (1915/1996): “Poderíamos, num caso de emergência, dizer que um instinto ‘ama’ o objeto no sentido do qual ele luta por propósitos de satisfação, mas dizer que um instinto ‘odeia’ um objeto, nos parece estranho. Assim, tornamo-nos conscientes de que as atitudes de amor e ódio não podem ser utilizadas para as relações entre os *instintos* e seus objetos, mas estão reservadas para as relações entre o *ego total* e os objetos” (p. 142, grifos do autor).

No caso de uma mãe, todavia, encontramos, no mais das vezes, uma mulher adulta, capaz de odiar seu filho e que possui mesmo muitas razões para odiá-lo⁸. No entanto, uma mãe devotada comum consegue adiar essa tendência a odiar logo de início seu filho recém-nascido, por mais que ele pareça, para um observador externo, um ser insuportável. Na posição da preocupação materna primária, a mãe ama seu filho através de uma identificação total, uma fusão, durante a qual mantém, ao mesmo tempo, uma orientação psíquica para a maturidade e a realidade externa. Januário (2012) argumenta que essa sobreposição de estados maturacionais contraditórios é permitida, para a mãe em preocupação materna primária, através da capacidade de transicionalidade. A mãe em preocupação materna primária é uma mulher adulta e é seu bebê ao mesmo tempo.

Por essa razão, ela é capaz de perceber que seu filho recém-nascido, por mais “insuportável” que pareça, não pode ser odiado *a priori*. Ela tolera aquilo de seu filho que, ao encontrá-la, adquire uma qualidade agressiva, até que o bebê seja capaz de reconhecer que a mãe é uma pessoa separada e que se irrita com os comportamentos egoístas ou cruéis dele. Essa tolerância da mãe é indispensável para a experiência da ilusão, necessária para a ab-rogação da onipotência e para os fenômenos transicionais.

No caso do terapeuta, se, da mesma forma, em um dado momento do cuidado o que importa mais não é o amor e sim elementos que fazem suscitar o ódio e o ataque aos vínculos, uma importante capacidade psíquica necessária é a tolerância da atmosfera emocional de ódio e ataque, com benevolência e esperança. Nem a mais profunda leitura de textos psicanalíticos e filosóficos, nem o mais rigoroso treinamento técnico podem ensiná-lo a isso. O terapeuta torna-se capaz de tolerar a agressividade sem reagir no ódio através de relações de cuidado em sua própria história pessoal (sua família, por exemplo), com os “ambientes suficientemente bons” que encontrou e criou ao longo de sua vida.

Assim, compreendemos com Winnicott que o trabalho psíquico relacionado com a capacidade de tolerar e sobreviver à destrutividade envolve características do ambiente propício para a emergência da preocupação materna primária. A seguir,

⁸ Winnicott (1947/1982) apresenta uma longa lista de motivos pelos quais uma mulher pode odiar seu recém-nascido, mesmo quando ele é um menino. Para o autor, o que o analista de uma pessoa psicótica descobre em seu próprio ódio contratransferencial é que a mãe odeia o bebê antes que o bebê possa odiar a mãe, antes que o bebê possa saber que existe uma mãe e que existe ódio. O tipo de ressentimento da mãe e sua recusa emocional diante de sua tarefa marcam o recém-nascido com ansiedades impensáveis.

examinaremos como compreender a preocupação (*concern*) para além de uma capacidade psíquica, mas na efetiva constituição do ambiente de cuidado necessário para o acolhimento e manejo de crises psicóticas.

6.4 Cuidado na promoção da capacidade de se preocupar (*concern*)

A preocupação (*concern*), como vimos, é uma capacidade psíquica adquirida a partir do cuidado vivenciado em um ambiente suficientemente bom, capaz de tolerar a destrutividade pertencente ao gesto impulsivo e oferecer a oportunidade de transformá-la em construtividade (Winnicott, 1948b/1982). A construção comparece como um elo entre o impulso agressivo e a vida experimentada no mundo com os outros, em uma experiência efetivamente preocupada (*concerned*).

Podemos compreender o cuidado como algo que o terapeuta consegue fazer, mostra-se capaz de fazer e efetivamente faz com o paciente, que possibilita o nascimento desse “algo” na experiência do paciente, como “algo” que o paciente se torna igualmente capaz de fazer. Preocupar-se (*concern*) não é uma tendência instintiva natural, mas é uma capacidade gerada na experiência erótica e destrutiva com o ambiente de cuidado. Não existe outra maneira, além da destrutividade, para que o indivíduo chegue a compreender que não é onipotente, que é dependente e que existe devido ao cuidado.

O terapeuta que aceita o gesto impulsivo, destrutivo, de um paciente, que embarca com ele no colapso das defesas, rumo à dependência, que aceita a destrutividade presente em um gesto impulsivo ou no colapso das defesas, vive com a clínica uma oportunidade cotidiana de testemunhar e, de fato, promover, a transformação da destruição primitiva em construção na transicionalidade, no cuidado.

“Somos seres de cuidado”, originados e constituídos em um ambiente que aceitou nosso gesto impulsivo, com a agressão a ele inerente, na qualidade “real” da nossa relação com esse ambiente, isto é, a agressão, a destrutividade e suas consequências não foram negadas pelo ambiente. As experiências construtivas capacitam o indivíduo a experimentar seu gesto impulsivo como criativo, reparar possíveis efeitos nocivos da destrutividade, assumir uma postura benevolente e

confiante o bastante para tolerar a agressão, mesmo quando essa tolerância implica em proteger firmemente a si mesmo e a outros de possíveis perigos.

Essa é uma postura semelhante à do ambiente em que crescemos, uma condição para o desenvolvimento posterior do que poderia ser denominado, no cuidado psicoterapêutico, de “enquadre internalizado”, isto é, o ambiente de cuidado introjetado na forma de funcionamentos e capacidades psíquicas. O terapeuta desenvolve essa postura perante a destrutividade através de suas experiências com o cuidado: aquele que recebe e aquele que faz. O cuidado libera os contingentes afetivos no psiquismo do terapeuta, na medida em que são justamente suas capacidades emocionais, o pensar incluído, que o terapeuta mobiliza quando cuida.

O cuidado à crise, portanto, depende de pessoas abertas ao encontro com o sofrimento psíquico no que ele possui de potencialidades e dificuldades. Little (1992) chega a afirmar que se trata da assunção de uma total responsabilidade, de fornecer a força do ego que o paciente não pode encontrar em si mesmo e ser capaz de, por preocupação, retirá-la, quando o paciente se mostra lentamente capaz de cuidado.

Esse trabalho, assim como o cuidado materno, só é possível se o terapeuta puder ser amparado em um ambiente de cuidado mais amplo, formado por colegas de trabalho, a supervisão, a equipe e meio institucional, um lugar reconhecido na sociedade, um pagamento justo, uma terapia pessoal, um referencial teórico escolhido por identificação, sua própria família e amigos *etc.* Encontramos no trabalho do próprio Winnicott um esforço de buscar, através da profissão, criar o ambiente que promove cuidado ao máximo de pessoas possível: às crianças, aos pais, a professores, a profissionais de saúde, ao Estado, a ouvintes de rádio *etc.* Trabalhar para a criação de um ambiente de cuidado constitui-se em buscar meios construtivos, localizados na cultura (área transicional), de transformação do impulso e do gesto espontâneo, o que inclui a destrutividade, em um gesto preocupado (*concerned*) e aberto ao outro. O esforço de pessoas como Winnicott nos inspira e pode ser, de certa maneira, semelhante ao fazer criativo dos terapeutas, pesquisadores e pensadores, envolvidos no manejo de crises psicóticas e do sofrimento psíquico grave.

Quando salientamos o ambiente de cuidado como aquele que promove a capacidade de se preocupar (*concern*), buscamos evitar estratégias “maníacas ou obsessivas”, “perversões do cuidado” (Figueiredo, 2012), nas quais prevalecem necessidades dos terapeutas ou das instituições, em detrimento das necessidades dos pacientes. A necessidade de onipotência e de defesa contra a desilusão podem transformar um agente de cuidado realmente bem-intencionado em um tirano, distorcendo o que deveria ser um ambiente de cuidado ao outro. Segundo Figueiredo (2012), “na reparação maníaca, o suposto agente de cuidado está movido pela fantasia de negar algum estrago irreparável e intolerável de que se sente culpado por imaginar que destruiu seus entes mais queridos e suas relações mais significativas, ao menos no campo de seu mundo interno, de sua imaginação, no plano inconsciente” (p. 146). A negação da destrutividade impede o terapeuta de elaborar o doloroso trabalho que leva até a reparação e à capacidade de se preocupar (*concern*).

No cuidado às crises, não podem prevalecer as necessidades do terapeuta, mas sim as necessidades do paciente em movimento de regressão à dependência, em pleno colapso das defesas psíquicas. O cuidador maníaco é intrusivo, repete o ambiente traumático do paciente ao substituir seu gesto (do paciente) com uma sua defesa (do terapeuta). O trabalho do cuidado, ao contrário, convida a constituição do gesto construtivo e responsável, à capacidade de cuidar de si no que isso significa independência ou autonomia, confiança, tolerância, transicionalidade.

Em alguma esfera, o cuidado possui uma qualidade prazerosa, ainda que imponha igualmente sacrifícios e dificuldades. O prazer no cuidar está relacionado à possibilidade construtiva e criativa para o próprio terapeuta, no encontro com a crise. Segundo Figueiredo (2012):

É do prazer do brincar e não do prazer sexualizado *stricto sensu* que se trata, ou seja, de uma transformação sublimada das fantasias eróticas e agressivas mais primitivas. Quando estas fantasias puderem ser transformadas e sublimadas, as tarefas reparatórias poderão ser executadas sem o componente de onipotência (maníaca ou obsessiva), pois já não terão a função inconsciente de defender o agente do cuidado de suas próprias ansiedades: neste caso, ele suporta as imperfeições da existência, as perdas e as turbulências da vida sem precisar negá-las magicamente. A reparação ganha um colorido criativo e as obras de criação adquirem um potencial reparatório: cuidar será tanto reparar quanto criar, será fazer novas ligações e produzir novas formas (p. 148).

No cuidado à crise psicótica, a disponibilidade do terapeuta parece ser repetidas vezes colocada em prova, através do intenso impacto que uma crise possui na sensação de onipotência dele e na dura confrontação cotidiana que ele precisa fazer de seus limites profissionais e pessoais. No entanto, por mais que se esforce e que seja criativo, não é o terapeuta quem resolve a crise, assim como não é a mãe quem “amadurece” os filhos. Em um artigo escrito para profissionais que cuidam de pessoas “doentes mentais” (*mentally ill*) Winnicott (1963c/1983) sugere:

Em todos [os] aspectos você é, em sua área profissional limitada, uma pessoa profundamente envolvida com sentimentos e ainda assim, à distância, sabendo que não tem culpa da doença de seu cliente e sabendo os limites de suas possibilidades de alterar a situação de crise. E se você pode controlar a situação (*hold the situation*) há possibilidade de que a *crise se resolva sozinha* e então será *por sua causa que o resultado foi alcançado* (p. 206, grifos nossos).

Estranhamente, ou paradoxalmente, a crise se resolve sozinha por causa do trabalho feito pelo ambiente de cuidado, da sustentação dada à situação de crise. Essa sustentação (*holding*), se estiver relacionada ao trabalho presente no cuidado materno, então está também relacionada ao gesto construtivo que a mãe faz quando adapta-se ativamente, cuida suficientemente bem. O cuidado almeja alcançar uma situação de mutualidade, comunicação e, ao mesmo tempo, oposição e destrutividade, transformando algo crítico e doloroso em oportunidade construtiva.

Após essas reflexões e em nossa experiência no Gipsi, reconhecemos que alguns terapeutas se revelam, na clínica das crises psicóticas, incapazes de suportar a destrutividade tal como é vivida no *setting*, por mais que se esforcem em trabalhar bem. Após algum tempo, eles podem desenvolver defesas sofisticadas contra o contato com elementos primitivos da crise, como tentativas vãs de organizar o não-integrado, impor de sentido na falta de sentido, defesas que fazem transparecer sua própria necessidade de potência por cima da impulsividade do paciente, uma benevolência superficial e negação da agressividade em vez da tolerância e sobrevivência à destrutividade necessária para a criatividade e o teste de realidade.

O terapeuta “organizador” pode encontrar alívio momentâneo ao organizar o caos através, por exemplo, de classificações psicopatológicas desvinculadas do cuidado, uso rígido de técnicas padronizadas ou de dogmatismos teóricos. Essas podem parecer

estratégias de cuidado, mas de fato são defesas contra o contato íntimo com o sofrimento e a loucura presentes na crise. O terapeuta defendido perde a oportunidade de relaxar no vazio que deve existir antes de encher-se, enquanto seu paciente em crise permanece incapaz de descansar por conta do fracasso do *setting*, o qual desfez o sentido da confiança no amadurecimento, que é uma confiança no ser e na continuidade do ser. Nomeadamente, o fracasso é o terapeuta defender-se do infantil, primitivo, cruel (*ruthless*) ou reativo de seu paciente.

Essa experiência traça, para o terapeuta, o limite da clínica que ele pode fazer e pode indicar mesmo que a clínica com a crise não seja possível para ele no momento. Reconhecer um limite pessoal não é, de maneira alguma, um detrimento para o terapeuta; antes, é indispensável, seja para seu aperfeiçoamento profissional, seja para o destino do caso clínico em questão, que teria em um terapeuta obstinado um empecilho para o cuidado.

Estamos, no manejo de pessoas psicóticas, sempre às voltas com as necessidades de depender de alguém pronto para cuidar de um modo bastante intenso, com dedicação pessoal e implicação afetiva muito profunda. Fazemos ainda um esclarecimento importante a esse respeito: é preciso distinguir entre promover a dependência e aceitar a dependência. Quando Winnicott nos fala de um paciente regredido, ele não quer absolutamente dizer que o movimento regressivo foi desejado pelo analista. De fato, ter um paciente regredido à dependência é algo que nem os analistas e nem qualquer outro profissional envolvido no cuidado deseja, pois esse paciente exige intensamente da pessoa do terapeuta, de sua disponibilidade afetiva em fornecer cuidado intensivo. Nenhum terapeuta promove isso e, na verdade, o que os terapeutas diriam em uníssono é que eles gostariam de promover a independência (autonomia) e se sentem felizes quando finalmente são “usados” por seus pacientes (no sentido winnicottiano) e largados para trás “como um brinquedo velho” (objeto transicional).

Contudo, enquanto tratam pacientes psicóticos, os terapeutas aceitam que uma pessoa passa um período de tempo gravemente doente e dependente de cuidado dedicado. Quando observamos, com Winnicott, a operação dos fatores do ambiente terapêutico, podemos compreender qual é a tarefa do terapeuta e o fardo que pode sobrecarregar, por longos períodos de tempo, uma única pessoa. O autor nos alerta que,

no caso da “análise de pesquisa” (*research analysis*⁹, Winnicott, 1947/1982), um analista não pode acompanhar mais do que três ou quatro casos graves de uma vez, pois seria submetido a uma estafa emocional exagerada.

A qualidade dos riscos presentes em uma determinada crise psíquica dizem da necessidade que uma pessoa tem de um ambiente de cuidado e de mecanismos específicos que esse ambiente precisa oferecer. Por exemplo, se ela planeja o suicídio ou foi demitida do trabalho e está sem moradia, ou se ela ameaçou de morte os colegas da escola, os riscos de morte ou a condição de vulnerabilidade social dizem de cuidados específicos que devem ser tomados, com o fator tempo (urgência) em questão. O bebê chorando precisa de alguém que saiba o que ele pode comer, onde vai dormir, como trocar suas fraldas; não há como dizer que o próprio bebê sabe do que necessita e onde buscá-lo. A diferença é que, no caso do adulto em crise, estamos confrontados com as necessidades de alguém desamparado e dependente, mas com potência muscular, sexual e social de adulto. As consequências, imaginadas, atuadas ou experimentadas, de sua condição de regressão à dependência são muito diferentes do que se passa com um bebê.

O perigo em uma situação de regressão à dependência, isto é, quando um ambiente tenta preparar-se para cuidar de um adulto em crise psicótica, ocorre quando o ambiente não é capaz de sustentar a dependência. Assim como seria absurdo dizer que um bebê é perigoso por ser frágil, também quando falamos de crises psíquicas é a *impossibilidade de cuidado que gera o risco de vida* e não o desamparo em si.

O paciente em estado regressivo, quando encontra um ambiente suficientemente bom, pode correr os riscos da quebra de continuidade, voltar a um estado quando ainda havia continuidade e recomeçar dali. Os riscos podem ser aceitos pelo paciente se existir um ambiente que sustente (*hold*) sua condição de dependência, de não saber pensar, não saber falar: todas as complicações da vida humana estão, temporariamente e enquanto for necessário, nas mãos do ambiente. Winnicott (1954b/1982) diz que “o paciente regredido está prestes a reviver uma situação de sonho e memória: a atuação de um sonho pode ser a maneira na qual o paciente descobre o que é urgente, enquanto falar sobre o que foi atuado segue a ação, mas não pode precedê-la” (p. 288).

⁹ Winnicott (1947/1982) nomeia de análise de pesquisa a variedade clínica da psicanálise destinada ao trabalho com pacientes psicóticos. Para o autor, essa variedade clínica envolve o *holding* à dependência máxima e deve ser empreendida apenas por analistas bem treinados no dispositivo padrão.

A atuação impulsiva (*acting out*) no enquadre terapêutico (na transferência) pode ser nomeada em uma nova compreensão, tanto para o terapeuta quanto para o paciente, sobre o que foi atuado e qual era a necessidade envolvida na ação. A ação reclama o ambiente, faz consequências nele e pode ser compreendida a partir do que cria ou destrói, em uma lógica recursiva: causas e efeitos estão inter-relacionados na atuação. Se ela for vivida na transferência, tudo se dá na área de onipotência do paciente e o seguinte será pensado: uma ação tem efeitos emocionais em alguém (o terapeuta). Se essa ação é destrutiva, então alguém pode ser destruído. Estamos no caminho para a preocupação (*concern*) se esse “alguém” for dotado de alguma bondade ou confiança. O que é vivido no *setting* tem sentido real, pode ser evocado como memória e descrito com palavras.

A tarefa do terapeuta é, majoritariamente, continuar a ser, permanecer vivo por sua própria vivacidade (não por magia), acreditar no amadurecimento e proteger o enquadre. A regressão do paciente até o fracasso original é como uma convocação do fim do mundo, que é o mundo do falso *self*. Existem alguns casos extremos, na qual a cisão da personalidade é profunda, a emergência de um colapso pode fazer com que o paciente se torne temporariamente incapaz de preocupar-se pelas coisas mais simples de seu cotidiano, como alimentar-se e fazer a higiene pessoal, pois era o falso *self* o encarregado de “cuidava do mundo”. Se o falso *self* perde o seu valor, no colapso das defesas, então o paciente pode necessitar de um cuidado total, tão intenso que se parece com uma hospitalização psicológica na família, ou, se esta for temporariamente incapaz desse cuidado, uma hospitalização de fato pode ser necessária.

O hospital é um desses ambientes organizados para proteger o paciente de traumatismos, enquanto ele deita e espera notícias da sobrevivência ou da morte. Feito de paredes e pessoas, de leitos e afeto, o hospital pode fornecer a atmosfera de cuidado necessária para o colapso das defesas, confiante na tendência ao amadurecimento. Conhecemos, no entanto, poucos hospitais psiquiátricos feitos dessa atmosfera. O estudo do ambiente de cuidado “suficientemente bom”, da dependência rumo à independência, pode auxiliar os profissionais envolvidos no cuidado às crises a constituir o ambiente de cuidado em hospitais psiquiátricos ou outras instituições de cuidado total. Por mais que seja necessário em certos momentos, contudo, a saúde não é resultado de um tratamento hospitalar, mas do cuidado adequado à dependência.

No núcleo de um universo destruidor, à beira de um colapso, o terapeuta de crise faz uma aposta: a saúde (seja lá o que isso for) depende do fracasso, da destrutividade e do gesto impulsivo. Safra (2004) nos auxilia a compreender a questão do risco como algo necessário e indispensável para o viver criativo, o qual não deixa de confrontar-se, em alguma medida, com as mesmas questões presentes nas ansiedades psicóticas. Segundo o autor (2004):

Ao posicionar-se a criatividade do lado da liberdade estamos entendendo a experiência de liberdade ocorrendo entre o ser e o não-ser, que coloca o ser humano em uma experiência originária de desamparo. Não só como relacionado a sua sobrevivência, o que coloca o homem desde o início de sua existência em um estado de dependência do Outro, mas principalmente como um estado que possibilita ao ser humano, por meio de seu gesto, destinar-se em meio *ao risco*. O destinar-se ocorre como um gesto de esperança assentado na fé de que um acontecer é possível, isso é um *arriscar-se*. No momento em que uma criança dirige-se a alguém, se há uma comunicação, mesmo que silenciosa, haverá uma realização, mas, por outro lado, se o Outro não é alcançado, há uma experiência de queda e solidão infinita. Todo gesto é uma ousadia que implica em risco. Nessa perspectiva de compreensão do ser humano como ser criativo, ele é visto como ser instável para quem a questão fundamental não é a morte, *mas a queda no não-ser* (p. 62, grifos do autor).

Safra (2004) pensa o ser humano como ser criativo, entre as vivências do desamparo, da dependência e da liberdade, segundo aquilo que é permitido pelo cuidado. A presença do outro é indispensável para a experiência de liberdade “pensável”, dentro do que é encontrável, limitável, confiável. Essa experiência criativa pensável, permitida pela sustentação do cuidado, é, segundo o autor, o sentido verdadeiro de liberdade, em oposição a um estado de solidão absoluta, em um espaço sem limites, o que são facetas de agonias primitivas de bebês não bem cuidados.

O trabalho terapêutico baseia-se, portanto, não em prevenir os riscos ou evitar crises ou recidivas, mas em oferecer o ambiente que facilita a liberdade a partir do que é próprio nas tendências do paciente, sejam elas regressivas, na crise, ou progressivas, em um retorno à linha da continuidade do ser.

No próximo capítulo, buscaremos localizar algumas das contribuições da psicanálise de Winnicott com pessoas psicóticas para a prática clínica do Gipsi, com as crises e com as famílias.

7 O uso do pensamento de Winnicott no manejo das crises psicóticas no Gipsi: algumas contribuições

No cuidado a crises psicóticas, defendemos que as reservas necessárias para o cuidado devem ser humanas. Para a clínica da crise, o cuidado fala da disponibilidade pessoal dos terapeutas para aceitarem a necessidade de dependência na crise, tendo como horizonte o amadurecimento rumo à independência. Assim sendo, o cuidado possível está no justo encontro entre a disponibilidade pessoal de quem se oferece para cuidar e as necessidades da pessoa regredida ou em vias de regressão à dependência.

Quando trabalhamos com o indivíduo, sua família e seu ambiente mais próximo, podemos ver como a crise do indivíduo afeta e mobiliza o ambiente. A partir das transformações da terapia e das tendências ao amadurecimento, o ambiente pode tornar-se bom o bastante em relação às necessidades do indivíduo em crise, às necessidades de sua família e do meio social.

Conflitos e angústias são inerentes à vida humana e não podem ser eliminados, esse não é o objetivo do cuidado. Algumas pessoas podem até preencher critérios semiológicos de um transtorno psicótico, mas a psicose tampouco pode ser erradicada do mundo humano feito uma doença. No caso das crises psicóticas, é a urgência da necessidade de regressão à dependência que conclama cuidado e não alguma “doença psicótica” que deve ser eliminada. Uma classificação do grau e qualidade da provisão ambiental exigida pelo sofrimento do paciente leva a uma compreensão da psicose não a partir de mecanismos mentais ou sintomas especificamente “psicóticos”, mas a partir do estudo da necessidade de dependência.

Quando bastante transformação acontece, no que diz respeito à possibilidade de contribuir criativamente e de se preocupar consigo e com os outros, uma pessoa psicótica pode viver de modo flexível o bastante, relacionar-se com os outros em seu meio social, usar os dispositivos da cultura para compartilhar alguma ilusão, sentir-se viva, comunicar-se e compartilhar a realidade. No seio social, ela pode ser capaz de comunicar algo sobre a realidade humana que pertence ao que a maior parte de nós precisou reprimir. Essa comunicação possui um valor humano facilmente ignorável ou até mesmo repulsivo, se estivermos ocupados demais, como sociedade, em sermos

apenas “sãos”, produtivos e economicamente independentes. Esses não são os únicos indicadores de saúde mental; sentir-se um humano real e valoroso em uma comunidade também é importante para o bem-estar. Essas coisas “óbvias” são postas em cheque nas psicoses e nos levam a perceber como o “continuar a ser”, uma banalidade, não pode ser sempre dado como garantido (*be taken for granted*).

Este trabalho examinou, nas publicações sobre a clínica psicanalítica de Winnicott, algumas das capacidades psíquicas importantes para o cuidado a pessoas em crise psicótica. Para isso, investigamos os processos de aquisição ou consolidação dessas capacidades, bem como os mecanismos de formação das defesas psicóticas, de modo a fazer encontrar as reservas do ambiente de cuidado com as necessidades que se encontram na organização e colapso das defesas psicóticas. Esse exame da literatura partiu da experiência clínica multidisciplinar no Gipsi, com pessoas em crise psicótica e suas famílias e da insatisfação com modelos tradicionais de intervenção à psicose, mais preocupados com as classificações sintomáticas e problemáticas biológicas do que com o cuidado e o acolhimento às crises.

A literatura psicanalítica pode contribuir com o cuidado em diversas áreas de atuação, assim como nos sugerem os autores estudados neste trabalho (Figueiredo, 2012; Safra, 2004; Winnicott, 1983). A partir do exame de algumas das contribuições da psicanálise para o trabalho geral de cuidar, retomaremos elementos do Gipsi com os quais nosso estudo pode contribuir. Destacaremos principalmente a noção de ambiente suficientemente bom para o gerenciamento da crise; a preocupação (*concern*), a criatividade e a ilusão nos ambientes de cuidado no Gipsi; e, por fim, algumas contribuições para o manejo familiar e social com das crises psicóticas.

7.1 O ambiente suficientemente bom e o manejo das crises psicóticas

Retomaremos brevemente algumas das colocações Green (2002) sobre a psicanálise contemporânea, relacionada à clínica com funcionamentos “não-neuróticos”, isto é, crises psicóticas, casos limites ou fronteiriços (Green 1988), *borderlines*, personalidades “falso *self*” ou outros modos de organização do psiquismo atravessadas por elementos psicóticos, pré-edípianos ou, de alguma forma, incapazes de realizar o trabalho psíquico da problemática do complexo de Édipo.

Em seu conceito de pensamento clínico, Green (2002) defende que o pensar é uma operação emocional. O pensamento clínico é o modo específico da afetividade do analista, surgida e pensada a partir da experiência psicanalítica. Na clínica com funcionamentos não-neuróticos, esse pensamento responde com um aprofundamento da criatividade, da flexibilidade e da aceitação de paradoxos, contrariedades, do primitivo e do originário na experiência humana, além de uma tolerância afetiva para dar suporte e sobreviver à destrutividade sem defesas retaliatórias ou denegatórias.

As contribuições de Green, com Winnicott, nos ajudam a pensar que os funcionamentos psíquicos cujas descrições encontramos na teoria (neurótico, psicótico, fronteiro, falso *self*) são, efetivamente, modos do pensamento do analista durante o encontro analítico. Dito de outra forma, o psicanalista não define, com a metapsicologia, uma estrutura ou essência psicótica preexistente no interior da personalidade do paciente, nem tampouco classifica uma parcela ou o todo da existência do indivíduo em análise segundo um referencial psicopatológico. Qualquer classificação, se é usada pelo psicanalista (neurótico/“não-neurótico”, psicose, depressão, perversão...), busca descrever o modo como os fenômenos que acontecem no *setting* foram pensados pela dupla analítica.

Para Winnicott (1948/1982), existe uma tendência ao subjetivo e ao originário que norteia a escolha de profissões de cuidado. O autor sugere que nossa própria história pessoal e a forma como a realidade nos foi introduzida no início de nossas vidas influencia nossas escolhas como adultos. Uma tendência ao subjetivo está presente na escolha em nos dedicarmos a pessoas mais do que a coisas, a cuidar em vez de outros tipos de trabalho construtivo. Há um conflito inerente entre o impulso pessoal feito ao tomar uma escolha e os compromissos próprios a qualquer tipo de relação que tenha a confiança como fundamento. O exercício da profissão pode ajudar o terapeuta a dar sentidos a esse conflito, particularmente com o que ele vivencia de novo, inesperado, e com o que ele pode pensar e construir no cotidiano da clínica. O pensamento clínico pode ser organizado também a partir dos destinos dados aos conflitos do terapeuta a partir de suas experiências com a clínica.

A postura do analista, sua presença reservada, a escuta flutuante e a abstinência são técnicas para favorecer que os acontecimentos no *setting* sejam prioritariamente

uma criação do paciente no encontro com o analista, pensada pela dupla. Mesmo quando a afetividade do analista entra em cena, o que é muito importante, o acontecer da clínica se dirige para cuidar do paciente. Assim sendo, os termos psicológicos criados em psicanálise são modos da criatividade do analista destinados a pensar algo que, originariamente, fora uma sobreposição do gesto do paciente no espaço aberto pelo analista. Diferentemente do filósofo, o analista não poderia ter pensado o que pensou apenas através de treinamento ou reflexão. A efetiva relação transicional no *setting* é a aquilo do psiquismo do paciente que está presente no pensamento clínico.

A proposta de estudar o pensamento clínico, segundo Green, encontra nossa maneira de estudar, com Winnicott, as capacidades psíquicas que permitem a criação do ambiente de cuidado, isto é, o ambiente suficientemente bom, quando ele é constituído em um *setting* clínico. Esse *setting* não é, necessariamente, formado apenas do que está presente nas noções mais banais de enquadre terapêutico, como aponta Aiello-Vaisberg (2004), mas inclui o que o agente de cuidado faz com seu psiquismo, para usar a expressão de Figueiredo (2012). A elasticidade, virtualidade e transicionalidade do *setting* são formas do psiquismo do terapeuta, de quem compõe e é, torna-se o ambiente que acolhe e cuida. A capacidade de cuidar, a disponibilidade pessoal própria da dedicação profissional, implica a necessidade de um deixar-se estar diante do outro e ser por ele afetado, em abstinência, no que Figueiredo (2012) compreende como *contratransferência primordial*.

Januário (2012) defende que o modelo winnicottiano da “mãe suficientemente boa” é o norteador da transferência no manejo da psicose, com o *setting* organizado para funcionar como uma metáfora dos cuidados maternos (Hisada, 2002, citada em Januário, 2012). A autora compreende que o analista passa por um processo semelhante à da preocupação materna primária na clínica da psicose, com uma sobreposição de fenômenos psíquicos, possibilitada pela transicionalidade: a fusão psíquica ocorre ao mesmo tempo de uma orientação emocional para a independência do amadurecimento (Januário, 2012). Isto permite que, na terapia, a identificação máxima e a diferenciação sejam possíveis; a separação e a diferença (desilusão) se apresentam sempre como horizontes da identificação e da fusão (ilusão). Aquilo que permite esse paradoxal estado de fusão e orientação para a realidade externa é a transicionalidade presente na

capacidade do analista em abrir e manter o espaço potencial (Januário, 2012). A transicionalidade do ambiente de cuidado possibilita a sobreposição da preocupação materna primária à capacidade de se preocupar (*concern*); da sustentação (*holding*) e da identificação à oposição ativa, a sobrevivência e a alteridade; da dependência à independência; da desilusão à manutenção do elemento ilusório no brincar e no trabalho construtivo. No ambiente criado para cuidar de pessoas psicóticas, essas sobreposições e paradoxos são indispensáveis.

Forlenza Neto (2008) sugere que o termo manejo¹⁰ foi utilizado em Winnicott para definir o ambiente de cuidado no qual o pensamento clínico se torna viva adaptação ao paciente em crise. Kanter (1990) argumenta que, por mais que o termo manejo (*management*, ou gerenciamento) seja usado de modo impessoal, a definição operacional de manejo feita por Winnicott abre a possibilidade de cuidar de tipos variados de sofrimentos psíquicos graves através da implicação pessoal do ambiente, a fim de realizar o efetivo *holding* das necessidades presentes nos casos. Esse ambiente incluiria não apenas o consultório analítico, mas igualmente o trabalho do assistente social dentro das famílias e da comunidade, onde se cria o ambiente de cuidado com as mesmas qualidades do *setting* analítico.

Em Safra (1995), compreendemos que o manejo oferecido ao paciente em crise envolve, prioritariamente, a criação do *setting* como ambiente suficientemente bom, aquele que permite o brincar. O *setting* assume uma posição central como instrumento de trabalho para o cuidado à psicose, com um componente não apenas de *holding*, mas igualmente de *handling* (manejo, ou manuseio). O *handling* é o tipo de manuseio corporal e emocional que a mãe faz no cuidado infantil, que facilita a personalização e o conluio psicossomático, isto é, o habitar psíquico no corpo próprio.

No cuidado, o ambiente é feito não apenas das capacidades do psiquismo do agente de cuidado e seu pensamento, mas igualmente dos elementos materiais, temporais e espaciais organizados e disponibilizados por ele. No caso do dispositivo analítico, o divã e as almofadas estão ali para que o paciente chegue a usá-las como objetos transferenciais, quando estiver pronto para substituir o analista como objeto

¹⁰ Manejo é uma tradução possível tanto para *management*, gerenciamento, quanto para *handling*, manuseio, tarefa presente no cuidado materno.

subjetivo pela materialidade dos objetos no *setting*, da mesma forma que uma criança faz com seus brinquedos. No tipo de processamento paradoxal da transicionalidade, o paciente pode pensar que as almofadas “são e não são” os seios, braços e corpo da mãe ou do analista, em uma sobreposição do objeto “não-eu” com os elementos subjetivos que o objeto representa e é.

Mais especificamente em relação ao trabalho do Gipsi, os simples objetos presentes nas salas de atendimento (poltronas, papéis, relógio, brinquedos, a porta com tranca, espelho *etc.*) ou que o terapeuta traz para um paciente em particular (um jogo de xadrez, um equipamento com TV e DVD, argila *etc.*), os exames psicodiagnósticos escolhidos para cada caso (método de Rorschach, protocolo de atividade de vida diária *etc.*), a possibilidade de realizar sessões fora do consultório, em um modelo de clínica ampliada ou peripatético, por exemplo (Sousa, 2010), a visita domiciliar ou mesmo a internação psiquiátrica podem se tornar variedades da clínica, tipos de materialidade e temporalidade a serem usadas como dispositivo para encontrar necessidades na medida em que elas se revelam no encontro do terapeuta com a pessoa em crise. O oferecimento de objetos particulares para um paciente ou a alteração radical do *setting* não é feita por acaso ou para atender a necessidades do terapeuta ou do grupo, mas para *encontrar* um determinado paciente, em um processo que torna possível a transicionalidade.

Propomos, portanto, uma leitura “winnicottiana” do gerenciamento de crise do Gipsi, que é o uso da ideia de manejo em sua polissemia: como *management* (gerenciamento), como *handling*, no sentido de lidar com (*handle*) ou manejar (*manage*) as complexidades da vida quando elas se mostram excessivas. O manejo vai além do que seria apenas “intersubjetivo”, por assim dizer. Em uma vertente mais “social” do *handling*, o manejo lida com a realidade territorial da pessoa em crise, seu cotidiano e atividades diárias, seu trabalho, seu sustento financeiro, sua educação, atendimento hospitalar, acesso a bens de consumo *etc.*, para promover sua “personalização” que facilita não apenas o psíquico habitar o somático, mas também o psicossomático habitar o social.

O manejo busca o encontro das reservas do ambiente com as necessidades, sejam elas necessidades instintivas, egoicas, materiais ou sociais. No entanto, importa destacar que o manejo material na crise não subentende substituir o paciente em suas

atividades cotidianas, tomando decisões no lugar dele, por considerá-lo incapaz de tomá-las. Concordamos com Winnicott que não é propriamente um desejo onipotente do terapeuta o que convida a regressão à dependência, mas a confiabilidade (*dependability*) do ambiente permite o arriscar-se que pertence à saúde, mesmo que diante da doença, mesmo que signifique crise. O cuidado de si, na perspectiva de Winnicott, origina-se em longos passos desde a aceitação da dependência no cuidado. O manejo cria um ambiente complexo, múltiplo, para acolher (*hold*) a crise psíquica, levando em conta os aspectos sociais, territoriais e corporais que podem estar envolvidos, pelo período temporal e na extensão espacial necessários. Para isso, é útil o modelo do cuidado infantil, que rapidamente se transforma em cuidado à família e à pequena unidade social (Winnicott, 1963c/1983).

Se, no gerenciamento de crise, é necessário reconhecer a complexidade, a imprevisibilidade e a singularidade da crise psíquica, no manejo terapêutico o trabalho envolve encontrar o complexo, imprevisível e singular de uma pessoa em sofrimento grave com a disponibilidade real de seu ambiente. Essa disponibilidade depende da capacidade de ou capacitação em assumir responsabilidades diante da pessoa em crise, atenta aos limites do ambiente e da necessidade de criar e nutrir novas reservas.

Os terapeutas são responsáveis por abrir o espaço potencial, transicional, no qual o psíquico da pessoa em crise pode encontrar expressão e sustentação, antes de poder suportar a interpelação e o “trauma benigno” que promove a separação. Assim como sugere Safra (2005), o *setting* como ambiente suficientemente bom abre-se como um espaço de experiência, o campo onde é lançado o gesto que apresenta o *self* do paciente. Mais do que decodificar o gesto na forma de uma interpretação, o terapeuta usa a transferência para encontrar a esperança do paciente e facilitar sua emergência como ser existente, um acontecimento na cultura e na história humana. Juntos, terapeutas e pacientes enfrentam verdadeiramente riscos psíquicos e físicos na abertura ao gesto, permitindo ao paciente definir, em fantasia, em imagem, em realidade psíquica, quem cada terapeuta é, a cada momento: se um demônio ou um santo, mago ou charlatão, vivo ou morto. Esses são momentos indispensáveis de ilusão a serem sustentados pelos terapeutas, com um olho no relógio e um pé na realidade social, preocupados com a saúde do ambiente como um todo.

Suportar e sobreviver ao impacto das respostas transferenciais e das identificações projetivas do paciente demanda um ambiente de cuidado ao próprio terapeuta, onde restaurar-se e refletir, com os colegas e o supervisor, igualmente preocupados, modos de sobrevivência e confiabilidade. O ambiente do terapeuta também precisa assumir responsabilidades diante dele, por conta de seu estado de identificação com o paciente e, portanto, de fragilidade, dependência e risco. Só depois, gradualmente, é que o terapeuta começa “desiludir” a transferência, identificando-se menos com o paciente e mostrando-se não deus nem diabo, mas gente.

Esse desiludir convida o paciente a aceitar a realidade da pessoa do terapeuta e a de seu ambiente familiar e social, com suas falhas e imperfeições. Em vez de continuar a aspirar por um cuidado perfeito ou um mundo sem perseguidores (frustração), o paciente pode substituir as idealizações por uma representação interna da confiabilidade do ambiente de cuidado, de sua sobrevivência e da simples humanidade de suas falhas. Se o terapeuta sobrevive às mais intensas formas de ataque ao vínculo, que são formas imaturas de defender-se de uma realidade na qual o paciente não aprendeu a confiar, será por ter sido resiliente e não porque o paciente foi inibido e o poupou. Após ser destruído, sua sobrevivência é o que lhe confere realidade e o torna passível de ser usado pelo paciente (Versiani & Celes, 2015).

Para sobreviver, os terapeutas precisam encontrar em sua equipe um ambiente de cuidado, com todos membros abertos às necessidades uns dos outros, atentos às limitações ou inibições de um terapeuta diante de um determinado caso, assumindo responsabilidades especialmente quando surgem conflitos, inseguranças ou defesas reativas a elementos da clínica.

A seguir, discutiremos sobre a criação do ambiente de cuidado do Gipsi como espaços de responsabilidade, de promoção da capacidade de se preocupar (*concern*), que sobrevive à destrutividade e facilita a integração das cisões, necessária para conquistar a plena consideração pela alteridade (Versiani & Celes, 2015), tanto para os pacientes, quanto para os terapeutas do grupo.

7.2 Preocupação (*concern*) no Gipsi: ambiente múltiplo de cuidado

Quando falamos de ambiente no Gipsi, buscamos salientar que um profissional trabalhando sozinho não pode se adaptar a todas as necessidades de uma pessoa em crise. Assim como a mãe devotada do recém-nascido depende ela própria de uma estrutura de apoio, também o cuidado a uma pessoa em crise psicótica depende de muitas pessoas disponíveis para reconhecer e se adaptar a diferentes necessidades, conforme essas necessidades são comunicadas nos comportamentos mais incompreensíveis. Podemos imaginar quais são essas necessidades se estivermos atentos ao nosso próprio desconforto com elas, bem como ao nosso desejo de cuidado.

O paciente psicótico comunica suas necessidades através de um questionamento radical do próprio sentido do ser, com esperança e desconfiança quanto à possibilidade do cuidado. Para que o ambiente de cuidado permaneça aberto para acolher os paradoxos e as urgências da crise, ele precisa aceitar a realidade da pessoa em crise e questionar, com ela, as possibilidades e os limites dos terapeutas em estarem efetivamente abertos ao colapso e poderem tentar sobreviver a ele. É verdade que poucas situações confrontam um profissional com maior desconforto psíquico e exaustão pessoal do que a clínica de pacientes graves e a existência mesma de tantas pessoas disponíveis a fazer esse tipo de trabalho pode ser um paradoxo.

Para sobreviver, mantendo o mundo em marcha, enquanto toda uma família enfrenta um colapso psicótico, o terapeuta de crise precisa ser capaz de ver-se com a destrutividade. Se ele não puder tolerar a agressão e destruição, então o paciente não chega a localizá-lo na realidade externa, não reconhece sua alteridade, não pode usá-lo (Versiani & Celes, 2015). A clínica da crise pode ser uma oportunidade do terapeuta desenvolver essas capacidades psíquicas, se ele puder ser amparado pelo próprio grupo como ambiente de cuidado, e arriscar, no sentido de Safra (2004), em seu verdadeiro potencial construtivo e criativo.

A destrutividade do paciente pode estar presente no aspecto objetivo do ódio na contratransferência (Winnicott, 1947/1982), isto é, nos sentimentos negativos despertados no terapeuta pela viva relação experimentada com o paciente psicótico no *setting*. Por um lado, o terapeuta, amparado pela equipe, percebe na contratransferência

que a relação terapêutica está dominada por elementos primitivos, como a cisão dos objetos, com a idealização de objetos (puros “bons”) e a projeção dos elementos “maus” cindidos, os quais retornam desde fora com uma qualidade ameaçadora, destrutiva, aniquiladora. Pode haver, ainda, um ressentimento do paciente quanto à “realidade”, intrusiva (agressividade reativa ao trauma), até que o indivíduo se torne capaz de aceitar imperfeições do ambiente.

Aceitar a imperfeição do ambiente é uma sofisticação do psiquismo, está associada à capacidade de pensar os objetos. O indivíduo traumatizado precocemente pode não ser capaz de ser “desiludido”, mantém as cisões e a idealização permanece como a única bondade possível. Em decorrência da cisão e da projeção, a agressividade do paciente não pode ser reconhecida e integrada como parte dele ou de seu passado. Ao contrário, a agressividade reativa é vivida de modo delirado, na forma de “ser odiado” ou agredido. Esse mecanismo confere ao paciente psicótico uma qualidade de “apassivação” e narcisismo (Varella, 2008), presente em falas do tipo “eles me perseguem”.

Para justificar esse delírio, qualquer “erro” ou “acerto” aparentemente insignificante do terapeuta adquire grande importância para o paciente. Na (contra) transferência delirante, um estranho pensamento clínico pode se revelar para o terapeuta: o paciente crê que eu o odeio e a prova que ele tem do meu ódio é minha incapacidade em ser perfeito. O mesmo serve para o correlato da perseguição, que é a idealização. Se ele vive isso no cotidiano da clínica, é justo que se enfureça ou se envaideça. Na relação com o paciente, o terapeuta deixa de ser verdadeiramente um “tu” e se divide, amalgama-se aos “eles” idealizados ou persecutórios: ou “você é como ‘eles’, que me perseguem”, ou “você é o único que me entende, meu salvador, não me traia nunca com ‘eles’”. O amor comum e o cuidado são irreais para o paciente, pois, em sua existência, o real é o trauma, a interrupção da existência, a aniquilação.

A cisão e a agressividade reativa ao trauma, presentes na transferência delirante, são modos destrutivos de relacionamento e por isso podem levar à construção, à preocupação e ao uso dos objetos. Enquanto uma pessoa ainda for capaz de fazer crises psicóticas, ela ainda tem esperança de encontrar o ambiente de cuidado que transforma a

destrutividade em construtividade. Com Winnicott, compreendemos a crise, com sua agressividade inerente, como uma realização positiva.

Para constituir o ambiente de cuidado para o paciente, os terapeutas reconhecem e sobrevivem à agressividade, mesmo quando estão sob influência de pensamentos estranhos e mesmo sentimentos raivosos, originados pela viva relação com o paciente no *setting*. A supervisão clínica e a equipe multidisciplinar cuidam ao facilitar o pensar sobre os sentimentos negativos, direcionando o ódio e a agressividade do terapeuta para o cuidado. Nesse sentido, relembramos, o terapeuta somente bom (idealizado) não pode cuidar; é necessário um terapeuta suficientemente bom, bastante bom e também mau. Preocupado com o paciente, o terapeuta usa seu ódio para cuidar (Winnicott, 1947/1982):

1. Quando o ódio está disponível para ser usado delirantemente pelo paciente, informando o terapeuta sobre suas necessidades e fornecendo suporte e reserva para seu o pensamento clínico;
2. Quando encerra a sessão no horário justo (não rígido);
3. Quando devolve, com firmeza, a agressividade do paciente, no tipo de intersubjetividade que reconhece e testemunha;
4. Quando limita a destrutividade que se torna excessivamente perigosa tanto para o paciente quanto para o terapeuta e, se for necessário, tem energia para chamar a ambulância, a polícia ou outros em auxílio e mesmo encerrar ou encaminhar o caso;
5. Quando contrata um pagamento justo e o exige, sem flexibilizações sentimentalistas.
6. Quando confronta práticas excludentes, autoritárias ou onipotentes, através de mecanismos clínicos, acadêmicos, sociais ou políticos de questionamento e de justiça social.

Ao constituir um ambiente suficientemente bom na própria equipe de trabalho, a contratransferência é entendida como parte da realidade “intersubjetiva”, criada em um determinado momento do *setting*. Assim sendo, possíveis atuações (*acting out*)

impulsivas do terapeuta, sua raiva, intolerância ou onipotência informam à equipe dos processos emocionais presentes no enquadre e dizem da natureza dos riscos enfrentados e vividos pela dupla terapêutica. Na lógica transicional, os sentimentos do terapeuta dizem da realidade subjetiva do paciente naquele momento.

Os membros da equipe aceitam a agressividade de um terapeuta especialmente mobilizado por uma crise, de modo que eles próprios se tornem, por exemplo, o objeto a ser atacado, cindido, idealizado ou visto como persecutório *etc.* Essa é uma forma de proteger o *setting*, espaço e tempo para o cuidado, acolhendo transbordamentos afetivos (*pathicos*) que, uma vez sustentados, podem ser pensados. Em uma continuamente atacada e recriada atmosfera de confiança e tolerância diante da agressividade, o ambiente de cuidado formado pela equipe e pela supervisão facilita o trabalho psíquico desse terapeuta para a abertura ao outro e sustentação da realidade subjetiva da crise, em vez da defesa, e promove a preocupação (*concern*), da mesma forma como se dá no cuidado familiar.

No sentido da responsabilidade assumida em acolher a crise, tolerar e sobreviver à destrutividade, no espaço aberto à ilusão-desilusão, o ambiente de cuidado favorece a integração e a preocupação. Percorrendo a questão da mutualidade dos cuidados e da equipe como ambiente de cuidado para os terapeutas, o cuidado torna-se um movimento construtivo também para o terapeuta, em sua abertura ao subjetivo, ao primitivo e ao originário presentes na “verdade” da crise psicótica. Nem todas as atuações impulsivas (do terapeuta ou do paciente) são “nocivas” e nem devem ser evitadas, já que o impulso pode ser tanto agressão quanto criação, a depender da postura do ambiente diante da dependência. A relação de cuidado atinge um tipo de mutualidade na qual podemos *pensar a experiência emocional na crise*, que é, do ponto de vista de Winnicott, derivada de um movimento originariamente criativo.

Claro está que o ambiente de cuidado criado pelo Gipsi não tem por objetivo principal promover a criatividade dos terapeutas, mas ela é indispensável para a abertura e o encontro com o paciente em crise, se puder estar associada igualmente com a preocupação (*concern*) com o outro. Modificados, através da prática, de psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, estudantes ou profissionais, em terapeutas “gipsianos”,

trabalhar no Gipsi pode ser uma vivência a um só tempo criativa e preocupada (*concerned*), isto é, construtiva.

O grupo possui especificidades como “equipe multidisciplinar”, às quais a psicanálise possui válidas contribuições (Ribeiro & Costa, 2014). Passaremos, a seguir, a um comentário sobre como o trabalho social de orientação psicanalítica pode ser uma ferramenta na constituição do ambiente “múltiplo” ou complexo necessário para o manejo de crises psicóticas. Utilizaremos principalmente o referencial de Donald com Clare Winnicott para refletir sobre o cuidado social, territorial e familiar feito no Gipsi.

7.3 Manejo social analiticamente orientado nas crises psicóticas

Grande parte da obra de Winnicott foi destinada a contribuir com o trabalho de assistentes sociais em abrigos construídos para crianças evacuadas pela segunda guerra (Kanter, 1990). Um ato governamental inglês previa que as crianças desapossadas de suas famílias por consequência da guerra seriam plena responsabilidade do governo e, por isso, pessoas como Winnicott e sua esposa, a analista e assistente social Clare Winnicott, tiveram importância nacional na orientação a profissionais responsáveis pelas crianças sem família (Winnicott, 1965/2001). Esse trabalho pode ser visto como uma forma “winnicottiana” de cuidar da sociedade inglesa, em crise por conta da guerra.

No Gipsi, a prática clínica é integrada pela aplicação de um modelo psicossocial de cuidado às crises psicóticas, o qual tem por objetivo a clínica ampliada para “abordar a interação do sujeito com o ambiente, através de serviços substitutivos [do modelo ambulatorial] e territoriais, e por meio das redes sociais” (Silva, Costa *et al.*, 2013). “Território”, nessa perspectiva, é um espaço público onde se estabelecem relações de poder entre pessoas e instituições, o ambiente físico e político onde se criam ações coletivas de saúde, destinadas a facilitar o desenvolvimento social dos sujeitos que naquele espaço habitam. “Redes sociais” são caminhos preferíveis formados pela contínua interação entre as pessoas e as instituições sociais, na constituição de um mapa ou laços que podem ser usados para fazer transitar reservas e necessidades.

No cuidado territorial, estão presentes ideias como “clínica peripatética” (Lancetti, 2006, citado em Siva, Costa *et al.*, 2013), espacialidade, geografia e

instituições públicas e privadas como recursos para realização de ações de saúde diante da crise. Nesse sentido, o “território demanda cuidado”, isto é, o espaço geográfico onde vivem e se relacionam pessoas e instituições pode ser cuidado e capacitado para tornar-se, também ele, um “espaço potencial”, por assim dizer, na medida em que relações significativas com agentes de cuidado, através da mutualidade, podem multiplicar os agentes.

Segundo Kanter (1990), o cuidado feito por “lares comuns” foi utilizado como modelo para o manejo segundo Winnicott. Essa abordagem compreende o aspecto comum de profissionais, famílias e comunidades quando enfrentam a crise: elas “exageram” alguma função parental (materna ou paterna) e a sustentam pelo tempo necessário. As funções de ego-auxiliar e *holding* são primordiais diante das crises, pois facilitam uma crescente capacidade de confiar, que é transmitida para o interior do paciente (introjetada) e também para outros espaços de cuidado. Elas independem da abordagem utilizada pelo profissional e evitam uma sistematização burocrática do trabalho social com crises quando o que se busca oferecer, efetivamente, é ajuda a pessoas que dela necessitam. O manejo aberto pela equipe, o paciente em crise, sua família e seu território, volta o cuidado às questões cotidianas basilares, possivelmente abaladas pela crise, como a moradia, o trabalho e a rede social.

Muitas das propostas feitas por Winnicott sobre o trabalho social advêm da atividade profissional conjunta que ele teve com a esposa, Clare Winnicott¹¹ (Kanter, 2000; C. Winnicott, 1955) na assistência residencial a crianças desapossadas pela guerra. Para ela (C. Winnicott, 1955), o manejo de crise possui função integradora, busca organizar o ambiente confiável onde as pessoas podem encontrar-se a si mesmas, ou a partes incertas de si, mesmo que diante de acontecimentos reais trágicos ou desconcertantes, como a guerra, a internação psiquiátrica, a ausência de moradia ou a crise psicótica. No manejo, os profissionais procuram segurar a situação difícil (*hold the difficult situation*), tolerá-la até que o próprio paciente e sua família possam superá-la ou tolerá-la por si próprios.

¹¹ Para fins de simplicidade, nos referimos a Clare Winnicott por seu nome completo e a Donald Winnicott por seu sobrenome, como fizemos até agora.

Para a autora, os terapeutas envolvidos no manejo de crise necessitam de um tipo de autorização “social”, um reconhecimento público de segmentos importantes da sociedade, no que ela denomina “função de agente” (*agent function*, C. Winnicott, 1955). Essa função é um tipo de reserva no território, facilita a inserção do terapeuta e sua colaboração com instituições necessárias para o manejo. Se o território “demanda cuidado”, então é parte do cuidado desenvolver as condições de possibilidade para o acesso do terapeuta ao território, articular-se politicamente com as instituições para desconstruir relações de poder impeditivas para o cuidado, o que seria a “outra face” da estratégia de promoção de saúde.

Ao criar o *setting* social para sentir a intensidade do impacto do trauma na crise (*i.e.*, precipitação do colapso), o terapeuta pode tomar certas decisões que contrariam vontades explícitas do paciente, “passando por cima” de sua autonomia. Isto, segundo Clare Winnicott (1955), pode acontecer e é um erro, mas possui valor, pois os erros do terapeuta, sabemos, auxiliam a tornar a relação com o paciente mais real, se o erro estiver disponível (não for negado pelo terapeuta) e puder chegar a ser usado pelo paciente para a experiência da raiva e da desilusão. Além disso, os erros também têm importância para a formação do terapeuta, a dissolução de sua onipotência e a manutenção da postura reservada, na atenção à contratransferência.

Na colaboração entre terapeutas de origens profissionais e abordagens diferentes, controvérsias e desacordos são esperados (C. Winnicott, 1961), como por exemplo, enfermeiras contra psiquiatras, psicólogos contra assistentes sociais *etc.* Essas tensões, segundo a autora, precisam ser vividas, reconhecidas e pensadas, em vez de resolvidas, negadas ou dissipadas. Sentimentos como inveja ou rivalidades são originados principalmente da natureza do envolvimento e identificação do terapeuta com os pacientes e suas famílias. A tensão entre profissionais, para Clare Winnicott, é uma evidência da identificação necessária para o cuidado, do vínculo, do que há de mais valioso em um terapeuta. Esta proposta é importante na constituição do ambiente de cuidado, já que ele necessita ser aberto a também às tensões entre os terapeutas, cuidando para que a agressão revele o seu valor positivo, que é o reconhecimento da alteridade, a responsabilidade (na preocupação) e o trabalho construtivo.

O manejo da crise no Gipsi tem cada profissional da equipe multidisciplinar atuando como terapeuta, implicado a partir da confiabilidade e técnicas próprias de sua profissão em constituir o ambiente suficientemente bom, aquele que promove o amadurecimento. Definições do fenômeno da psicose dentro da profissão do psiquiatra, por exemplo, não são completamente coincidentes com as experiências de sofrimento e de ansiedade que a psicanálise descreve, embora possam haver sobreposições, as quais são úteis para planejamento do manejo.

Se os terapeutas puderem compreender a importância da vivência efetiva e sustentada (*held*), pelo ambiente suficientemente bom, dos sentimentos extremos de angústia, então muitas ações interventivas medicamentosas ou hospitalares podem ser substituídas pela confiabilidade do terapeuta, de sua confiança no potencial inato de qualquer indivíduo rumo ao amadurecimento e da constituição do ambiente de cuidado que facilita esse amadurecimento.

Essas noções podem ajudar o psiquiatra em decisões relacionadas, por exemplo, à necessidade de medicações com efeitos sedativos no primeiro contato com a crise. A preferência pelo uso de medicações com efeito sedativo nos primeiros momentos de uma crise grave pode configurar uma resposta imediata a demandas de familiares envolvidos na crise, é um modo implicado de cuidado que corresponde a um chamado poderoso, ao qual é difícil manter a reserva necessária. Pode existir, no entanto, um componente reparador maníaco ou onipotente do psiquiatra nessa implicação imediata (uma “perversão do cuidado”) e a equipe multidisciplinar transformada em um ambiente de cuidado precisa ser capaz de enfrentar a situação e acolher a angústia do profissional quando esses componentes ameaçam romper o *setting*, sobrecarregando o psiquiatra com uma responsabilidade de implicar-se sozinho diante das exigências de controle feitas pela família e a sociedade.

Como Winnicott (1964b/2005a) sugere, é importante tolerar a ideia da resolução de crises com o tempo e o cuidado, em vez de soluções imediatas (ou mágicas). “A juventude não dormirá”, por mais sedutora a ideia de transformar as crises em simples pesadelos dos quais um dia se acorda aliviado. Em vez de sedar ou mitigar possíveis manifestações comportamentais aparentemente bizarras demais para serem vividas, o terapeuta precisa ser capaz de sustentar a estranheza da crise, e, através dessa

sustentação (*holding* e não medicação ou interpretação), a estranheza pode transformar-se em um valor positivo (Safra, 1995).

Outro problema importante é a questão da hipótese sobre possíveis lesões cerebrais causadas pelo processo psicótico. Claro está que uma crise grave depende de uma resposta rápida e, quanto mais tempo sem cuidado, maiores as chances de complicações e cronificação. No entanto, uma resposta rápida de cuidado não é sinônimo de fazer desaparecer automaticamente as perturbações de uma crise. Mesmo os sintomas psicóticos mais intensos de uma crise psíquica grave podem ser vividos, desde que em um ambiente de cuidado capaz de sustentar a crise e assumir responsabilidades diante dos riscos usando e criando as reservas necessárias. O psiquiatra, assim como qualquer outro profissional, só pode assumir o risco de “deixar a crise se resolver sozinha” se confiar efetivamente na equipe que maneja o caso e da qual faz parte. Essa equipe deve avaliar profundamente as reservas que possui e que precisa nutrir, criar e proteger para poder assumir compromissos e assumir os riscos relativos ao acolhimento (*holding*) da dependência.

Vemos como o trabalho de Clare Winnicott está profundamente vinculado com o que encontramos também na clínica do modo como é pensada por Winnicott. Para o autor (Winnicott, 1970/2005a), a confiabilidade do ambiente criado pelo manejo desfaz o sentimento de imprevisibilidade, o que fazia o paciente sempre esperar o traumatismo, a confusão e a desorientação. De fato, não se trata absolutamente de um trabalho fácil e a assistência social como terapia possui uma tarefa semelhante à do psicanalista, do psicólogo, da mãe e do pai, no que diz respeito ao cuidado. Em uma conferência direcionada a assistentes sociais, nos últimos meses de sua vida, Winnicott (1970/2005a) afirma:

Sua tarefa é sobreviver. Nesse contexto (*setting*), a palavra sobreviver significa não só que vocês continuarão vivendo e conseguirão passar por isso ilesos [crises psicóticas, depressões, atuações antissociais, ausência de família ou de recursos do estado *etc.*], mas também que não serão provocados à retaliação. Se vocês sobrevivem, então, e só então, poderão sentir-se usados de modo perfeitamente natural por uma pessoa que adquiriu recentemente a capacidade para fazer um gesto de natureza amorosa um tanto simplificada. O manejo pode ser um ato deliberado de terapia realizado por profissionais em um contexto profissional. Pode ser também uma espécie de amor, mas, com frequência, tem que parecer mais com uma espécie de ódio, e a *palavra-chave não é tratamento ou cura, mas sobrevivência* (pp. 257-258, grifos nossos).

O manejo à crise que inclui o indivíduo em seu território e sua família necessita compreender não apenas como “lares comuns” fazem sua tarefa de cuidado “suficientemente bem”, mas também como alguns lares precisam de ajuda para cuidar de seus membros dependentes. Seguiremos com algumas propostas do pensamento de Winnicott que contribuem com o cuidado às famílias do Gipsi.

7.4 Cuidado à família nas crises psicóticas

Safra (2004) nos convida a pensar o humano a partir do conceito russo de *Sobórnost*, transformando nossa concepção cotidiana de indivíduo para abarcar, mais profundamente, na clínica contemporânea, a ideia de dependência ou interdependência. Segundo ele (Safra, 2004), “*Sobórnost* assinala que cada ser humano é a singularização da vida de muitos. Compreender o ser humano com a singularização da vida de muitos implica em dizer que cada ser humano é a singularização da vida de seus ancestrais e é o pressentimento daqueles que virão” (p. 43, grifos do autor). Apenas na medida em que se singulariza enquanto presença no *setting*, o paciente pode ser considerado como um indivíduo. A verdade do *self* emerge da solidão absoluta do início apenas se na presença do outro, se revela pelo reflexo do rosto do outro, tem sua liberdade se amparado pelos braços do outro.

Definições como família, comunidade e cultura também se modificam a partir da ideia de *Sobórnost*. Podemos pressentir, no modo como Safra (2004) nos apresenta o conceito, uma radicalidade da ideia winnicottiana de transicionalidade. O humano está presente e se recria a cada nascimento; cada ser singular é componente do meio complexo da família e da humanidade que ele carrega em si como história, afeto, memória, confiança, questão, enigma, mito. Para o autor, a transferência posiciona o terapeuta em um desses lugares da comunidade de “nós” que antecede o “eu” e o “tu”. Segundo ele (Safra, 2004):

Cada ser humano está, singularizado por uma pergunta, que está presente em seu berço. Ela se esboça desde os primeiros gestos da criança, no movimento que faz em direção ao Outro, nos sentidos que se descortinam. O modo como a questão é encontrada por ela dá a ela seu lugar na vida familiar. As famílias organizam-se ao redor de mitos e estes são constituídos pelas formulações que, através das gerações, foram feitas por elas, para que seus membros possam lidar com as questões fundamentais que marcaram a história familiar. O bebê constitui-se nesse campo. Ele

porta as questões enraizadas na organização mítica que caracteriza sua família e que se estende a sua comunidade e que, por sua vez, relacionam-se, ontologicamente, às grandes questões de toda humanidade (p. 70).

Ao utilizar o conceito de *Sobórnost*, Safra (2004) o relaciona, talvez não diretamente, a um dos sentidos de ética, em *ethos* como morada e pátria. Na clínica, os processos terapêuticos buscam recriar os elementos fundamentais que tornam possível uma pessoa *morar* no mundo entre os humanos, o que é uma possibilidade ética. Os fracassos no fundamento dessa ética geram rupturas em *Sobórnost*, ou “fraturas éticas”, que impossibilitam a constituição do mundo como morada no início da vida de uma pessoa.

A constituição de uma família pode ter um importante valor construtivo e ético, no sentido de transformar a expressão física da potência sexual dos pais em cópula na criação de um espaço de cuidado, uma morada (*ethos*) especialmente quando a família é composta por crianças ou adolescentes. Na reprodução humana, não se trata apenas de tapear a própria morte ao fazer um filho, mas sobretudo de cuidar para que o filho nos sobreviva como valoroso, criativo, humano entre humanos. Segundo Winnicott (1965/2001):

A fantasia sexual total, consciente e inconsciente, tem variedade quase infinita e importância vital. É conveniente compreender, entre outras coisas, o sentido da preocupação (*concern*) ou culpa que advém dos elementos destrutivos (muitos deles inconscientes) que acompanham a expressão física do impulso amoroso. Pode-se admitir de pronto que esse sentido de preocupação e culpa contribui em grande medida para a necessidade que cada um dos pais tem, e que ambos têm juntos, de constituir uma família. O crescimento da família, melhor do que tudo o mais, neutraliza as ideias assustadoras de danos causados, de corpos destruídos, de monstros gerados. As ansiedades muito reais que acometem o pai quando a mãe encontra-se em trabalho de parto refletem, tão bem quanto possível, as ansiedades que relevam da fantasia sexual e não de uma mera preocupação pelo estado físico da parturiente. Sem dúvida, grande parte da alegria que o bebê traz à vida dos pais advém do fato de que a criança é humana e completa, e contém em si um princípio de vida – ou seja, que produz vida, e não é apenas mantido vivo; de que o bebê apresenta uma tendência inata a respirar, movimentar-se e crescer. *A criança como fato real* lida, por hora, com todas as fantasias referentes ao bem e ao mal, e a vivacidade inata de cada criança, na medida em que é reconhecida pelos pais, dá a estes uma grande sensação de alívio, livrando-os de ideias que procedem de seu sentimento de culpa ou inutilidade (pp. 62-3, grifos do autor).

Compreendido dessa forma, o nascimento de uma criança e todos os “aborrecimentos” que ele comporta podem ser um alívio para fantasias infantis dos pais,

inconscientes, originadas das relações de amor e ódio de cada um deles com as figuras importantes de suas histórias e consigo próprios, na escolha feita um pelo outro, que comparecem na cena sexual que causa o nascimento do filho. O próprio trabalho de cuidar, com suas dificuldades inerentes, pode oferecer aos pais uma oportunidade de reviver essas fantasias, só que dessa vez “do outro lado”, recebendo com benevolência aquela agressividade do bebê e da criança, tão similar à agressividade com a qual os pais “aborreceram” seus próprios pais na infância e na adolescência. Oferecer cuidado ao filho é também uma forma de reparar os danos causados, em fantasia, pelos elementos destrutivos presentes na sexualidade nas relações edípicas da infância e de seu retorno na adolescência e na escolha do parceiro amoroso.

Essas características costumam estar presentes nas famílias comuns, embora não o sejam absolutamente em todas as famílias. Enquanto a comunidade não assume outras formas de cuidado infantil que não sejam a família, o conflito permanecerá a se expressar com um atravessamento das fantasias dos pais no modo como fazem o cuidado (Nick, 1983) e no modo como ele é internalizado pelos filhos.

Para Winnicott (1965/2001), uma criança poder ser cuidada pelos próprios pais (se eles não estiverem muito doentes), com seus defeitos e limitações, é uma das suas melhores chances de encontrar o ambiente que facilita seu amadurecimento. O autor afirma que uma criança não depende apenas de ser amada para amadurecer, embora o amor seja muito importante. Ela necessita de um ambiente real que continue vivo, mesmo no ódio.

A contribuição das crianças possui um efeito integrativo na atmosfera familiar (Winnicott, 1965/2001). Essa contribuição está, por um lado, relacionada a seu gesto espontâneo criativo e, por outro, ao gesto reparatório, secundário à agressividade. Para conseguir contribuir, a criança precisa experimentar bastante confiança com o ambiente, o qual, por sua vez, oferece as oportunidades para que a criança contribua segundo suas habilidades atuais. O ambiente, isto é, os pais e outras pessoas mais velhas da família, conseguem oferecer a oportunidade para a construção porque receberam, em sua infância, o mesmo cuidado que conseguem oferecer agora a seus filhos. Segundo Winnicott (1965/2001):

O bebê, a criança nova e a criança mais velha nos lisonjeiam por esperarem de nós uma certa confiabilidade e disponibilidade, ao que respondemos talvez, em parte, devido a nossa capacidade de identificarmos-nos com os filhos. Essa capacidade, por sua vez, *depende de termos desenvolvido nossa própria personalidade de modo satisfatório quando tínhamos a mesma idade que ora têm os filhos*. Desse modo, nossas próprias capacidades são descobertas e desenvolvidas pelo que nossos filhos esperam de nós (p. 70, grifos nossos).

Encontramos, nessa ideia, um encadeamento de relações de cuidado, o qual remonta a gerações passadas e que transmitem transgeracionalmente os valores da sociedade através do cuidado infantil (Winnicott, 1963/1982). A manutenção de uma família pode ser uma das maiores tarefas construtivas a que as pessoas se dedicam, por mais que elementos destrutivos não possam ficar sempre protegidos.

Afetos depressivos ou ideias hipocondríacas e persecutórias podem acosar qualquer pessoa, especialmente se estiver dedicada a algo de tão grande magnitude em sua vida, como a consequência real de seu impulso sexual na forma de um filho. A depressão ou a psicose de um pai ou uma mãe pode colocar em risco a manutenção da família se eles estiverem desamparados na tarefa de cuidado aos filhos (Winnicott, 1965/2001). O encadeamento de cuidados pode, portanto, sofrer uma ruptura, a qual exige ajuda: a criação temporária de um ambiente mais amplo, com outras pessoas (profissionais) disponíveis e preocupadas, que possam assumir responsabilidades diante dessa família e capacitar pais para o cuidado que eles precisam fazer.

Para ajudar famílias cujo encadeamento de cuidado entrou em crise, é necessária uma preparação profunda dos terapeutas. Segundo Kriskovic e Costa (2013), “antes de pensarmos em estratégias de saúde mental e do acompanhamento do sofrimento psíquico grave, é preciso repensar a cultura de como enxergamos e tratamos os clientes e seus familiares nos serviços de saúde” (p. 374). Para os autores, uma lei como a reforma psiquiátrica não basta para alterar a dominância, na cultura, de uma mentalidade manicomial e da expectativa, por parte dos familiares e profissionais, de uma postura intervencionista e medicalizada. A própria cultura participa na criação e transmissão dos “valores da sociedade”, presentes nas técnicas de cuidado infantil: na possibilidade de tolerância ou necessidade de negação da agressividade, na facilitação do amadurecimento e da valorização da independência, mesmo que acolhendo dependências, quando necessário. A cultura contemporânea necessita ser complexa e

tolerar paradoxos e culpas, o que é sinal de saúde, em vez de resolvê-los ou negá-los, o que é sinal de defesa. “Ampliar os discursos sobre novas percepções de como identificar e conviver com sujeitos... em sofrimento psíquico grave, para construir formas mais dignas de coexistir com o sofrimento” (Kriskovic & Costa, 2013, p. 374) faz parte dos objetivos do presente trabalho.

Como sabemos, as funções psíquicas são o que organizamos segundo o que vivemos no ambiente de cuidado, que é, inicialmente, nossa família. As vivências em família, na sua intimidade e ritmo próprios, são interiorizadas pelos indivíduos de uma forma histórica e afetiva, de tal maneira fundante que não somos mesmos capazes de perceber a influência ambiental nessas funções psíquicas. Alguns as dizem inatas. Esse “organizar vivencialmente” quer dizer de modos de relacionar-se no ambiente familiar que, como funcionamento, pela qualidade mesma do relacionar-se, inauguram uma função interna com essa mesma qualidade. Esses funcionamentos é que dão origem e qualidade aos sentimentos ordinários de ‘naturalidade’, confiança e capacidade relacional, tão distorcidos em pessoas psicóticas.

Essas são propriamente “funções psíquicas das famílias”, para usar a expressão de Lemaire (1989). Quando o cuidado não é suficientemente bom, essas funções são vividas como questionáveis, irresponsáveis, não confiáveis, enfim, descuidadas. Correspondentemente, alguma função psíquica do indivíduo torna-se distorcida por essa qualidade não confiável do ambiente, um cuidado distorcido, uma incapacidade psíquica corresponde a uma incapacidade de cuidado. Essa incapacidade de cuidado, compreendida no ambiente familiar, tem a ver com o que é, nessa família, a falha da aquisição da capacidade de cuidar.

No começo da vida de uma pessoa, sabemos, a vivência familiar é corporal e chama-se ‘cuidado materno’, permitido pela “loucura” da preocupação materna primária (Winnicott, 1956/1982). Esse cuidado transforma um adulto (a mãe) em alguém regressivamente identificado com um recém-nascido, amando-o como a si mesmo, a fim de despertá-lo, com seu desejo, para ser humano. É o desejo de cuidado que leva à identificação e à satisfação de necessidades corporais do bebê de modo quase perfeito, no início.

Mas a necessidade de adaptação perfeita é muito breve, logo o bebê precisará de uma desadaptação gradual, a fim de experimentar a frustração necessária para aprender a comunicar-se e diferenciar a experiência instintiva do objeto satisfatório. Um sentimento de ódio da mãe é reativo ao bebê, à sua crueldade e apenas muito lentamente torna-se importante porque encontra e referenda as tendências paranoides do bebê, presentes na agressividade primária do impulso que faz do gesto de comer um ataque e que retorna na introjeção (elaboração psíquica da incorporação). A capacidade da mãe em ser apenas muito lentamente diferente do bebê, em oferecer oposição ao gesto dele, demonstra pequenas parcelas de um ódio justificável dentro da onipotência do bebê, secundário à agressividade dele e auxilia o contato com a realidade: a realidade objetiva (o ódio da mãe) coincide com os eventos impulsivos do bebê (comer destrói). Assim, a experiência com o mundo é real e corresponde às tendências internas.

Quando as coisas assim se passam, quando tudo vai bem, é a função materna de “ego auxiliar” quem faz as vezes de defesa, quem ama o ego do bebê em um investimento “desde fora que é desde dentro”, ao possibilitar a identificação primária como um investimento, um narcisismo. Esse ego auxiliar é o ego da mãe, que ama o bebê antes que ele possa amar a qualquer coisa; se o imaturo bebê deve criar um ego com o objetivo de defender-se da realidade, é porque ele não pode contar com o ego auxiliar do ambiente, com a identificação primária, enfim, com o cuidado do ambiente.

Através de nosso estudo do pensamento de Winnicott, compreendemos que o autor investiga o cuidado materno para aprender o modo como ele acontece de modo bastante natural na maior parte das famílias e assim ajudar o clínico a comportar-se semelhantemente diante da dependência, e não para prescrever o que as famílias devem fazer. O cuidado materno não é feito apenas de “mães” e de amor, mas da atmosfera ética gerada pela família para acolher o recém-nascido, da criação de uma morada humana, tolerante e convidativa onde ele será sustentado, reconhecido e interpelado.

Embora necessária para a constituição do *self*, a identificação primária é uma ilusão finita, desiludida no desmame (Winnicott, 1954a/1982). Para Araújo (2006), o início da desadaptação da mãe, nos primeiros meses da vida do filho, é um momento no qual a função paterna está presente já no cuidado materno. Em certo sentido, a ausência da mãe, a dimensão “negativa” do cuidado materno, é já uma função paterna. A

capacidade da mãe em retirar-se de cena permite que o pai, como função de sua ausência, entre no universo do bebê como símbolo, representante da lei (lei do incesto).

Diferentemente da mãe na preocupação materna primária, o pai não é uma criação do bebê, não inicia como um objeto subjetivo, como a mãe-objeto. Ele é encontrado inteiro, integrado e separado e impõe sua existência, que deverá ser aceita pela criança na medida em que já é aceita pela mãe (Araújo, 2004). Essa é uma imposição de alteridade muito precoce, advinda desse primeiro elemento de integração e totalidade pessoal, presente da ideia de um pai, ainda no psiquismo da mãe (Winnicott, 1969/2005), como horizonte do cuidado materno. Araújo (2004) defende que a função paterna no cuidado materno está relacionada a uma “ambivalência estrutural”, entre a necessidade de proteção e a necessidade de liberdade.

Winnicott (1965/2001) nos sugere pensar a família como ambiente de promoção da preocupação (*concern*), responsável em acolher a condição de dependência própria dos bebês e das crianças. É a organização social e afetiva convocada pelas necessidades urgentes das crianças e de outras pessoas vulneráveis, imaturas ou de outra forma dependentes. Por mais que seus estudos tenham se concentrado no cuidado materno, a função paterna não deixa de ser crucial para a preocupação (*concern*), já que participa na constituição da alteridade. Para Outeiral (2001), a psicose pode estar relacionada com a ausência da função paterna, quando o indivíduo torna seu gesto submisso ao desejo do outro (*m/other*), em vez de espontâneo em relação às suas próprias necessidades. Essa submissão é parte da reatividade que leva a organizações falso *self*.

Para algumas famílias, existe grande dificuldade em identificar-se com ou desidentificar-se do bebê, vive “rupturas no lugar materno e/ou paterno, em decorrência da fratura do *ethos* no momento histórico em que o casal recebe o bebê” (Safra, 2004, p. 128). Do ponto de vista do bebê, essas fraturas éticas são originárias, no sentido de que não existia, propriamente, um ambiente preparado para dar-lhe morada no nascimento, ou nem sempre existiu respeito pela responsabilidade necessária diante da criança. Essas experiências são irrepresentáveis, dada a imaturidade do bebê no momento em que deve confrontar-se com o “desenraizamento” da família, que deixa o indivíduo confrontado com a objetividade e a independência demasiado precocemente. Suspenso, sem raiz,

lançado no vazio, o gesto do indivíduo despenca no nada. Estamos no campo das agonias impensáveis.

Teresa Oliveira (2001) sugere que, dado o imenso conflito diante do incesto e do retorno da sexualidade infantil à vida adulta dos pais, representações mentais parentais podem levá-los a sentirem o bebê um objeto persecutório, o depositário de uma fantasia violenta. Para a autora, algo do “bebê inconsciente” (imago ou fantasias dos pais sobre o filho) dificulta a preocupação materna primária e a função paterna, seja por um temor do incesto na regressão à fusão da identificação primária, seja por tornar o filho um receptáculo do “mandato transgeracional” que impede a função paterna necessária para romper a fusão narcísica da preocupação materna primária, quando ela é alcançada (T. Oliveira, 2001). Essas representações mentais identificam o bebê ao sintoma dos pais e o reduzem a uma “personalização” desse sintoma. Assim sendo, em vez de *ser* a partir de suas próprias tendências internas, o bebê *faz* uma função na vida familiar. Essa “factualidade” da existência do bebê desempenha um papel dentro do mandato transgeracional ou das fantasias transmitidas através das gerações em uma família.

A autora refere a Torok e Abraham (1987, citado por T. Oliveira, 2001), que afirmam: “a experiência traumática não elaborada psiquicamente transforma-se em um indizível na primeira geração (segredo), um inominável na segunda e em um impensável na terceira”. Ao refletirmos sobre essa frase em uma leitura winnicottiana, o impensável na terceira geração pode ser os pais terem horror ao que devem suportar para acolher e identificar-se com o infantil e o primitivo em seus filhos. Esse horror é compreensível, se levarmos em plena consideração o possível impacto, na fantasia dos pais, da violência da sexualidade infantil, o grau de extrema destrutividade e fragilidade presente no acolhimento à dependência do recém-nascido. Assim, Tereza Oliveira (2001) defende, com Winnicott, que é preciso que uma mãe e sua família sejam sustentadas (*held*) em sua sexualidade infantil para conseguirem cuidar do filho, oferecendo-se como reservatório para o primitivo e criativo do gesto espontâneo dele, mais do que identificá-lo a alguma representação prévia e ameaçadora do que ele é ou deverá tornar-se. A sustentação à mãe é feita pelo cuidado materno internalizado nos membros de sua família e comunidade, preocupados com a mãe enquanto ela está identificada com o bebê.

Nesse sentido, um impedimento do estágio de preocupação (*concern*) no desenvolvimento de um dos pais pode impossibilitar o acolhimento do infantil e da dependência no bebê ou na mãe. Por exemplo, a ansiedade depressiva pode ser mais intensa do que a tolerância à agressividade e a confiança no gesto construtivo. Se o mecanismo de cisão fizer as qualidades das relações permanecerem tão distantes, idealizadas ou persecutórias, a tentativa de construção é vã, não chega até uma pessoa total. Os mecanismos primitivos, isto é, pertencentes ao narcisismo e à onipotência, dominam a cena para formar defesas diante da ansiedade depressiva, o medo de ter destruído tudo o que há de bom (interno e externo) como consequência de um gesto que é somente destrutivo. Esse ataque destrói a possibilidade mesma do amor e da bondade, teor da ansiedade depressiva.

Muito complicada estaria, nesse quadro, a tarefa de uma pessoa deprimida ou psicótica confrontada com o dever de cuidar de um recém-nascido ou de uma mãe com ele identificada. Cuidar do bebê depende da capacidade de regredir à identificação com ele, à fusão primitiva, mantendo, ao mesmo tempo, a preocupação (*concern*) com a alteridade como horizonte. O recém-nascido, resultado de uma cena sexual entre adultos (no melhor dos casos), precisa experimentar a onipotência para dar vigor a seu frágil ego, ao mesmo tempo em que necessita encontrar oposição e resistência para sentir realidade no mundo e em seus gestos. Sustentar a fusão e suportar a destrutividade são tarefas vizinhas do impossível, dependem do cuidado para se tornarem possíveis. Se a mãe não encontrar um ambiente de cuidado para si, *a regressão presente na preocupação materna primária poderia precipitar um colapso no psiquismo dela*. Em outras palavras, o narcisismo dela não levaria à identificação primária com o bebê, mas a um represamento da libido no narcisismo secundário; o gesto dela substitui o do filho, o narcisismo dele é secundário ao da mãe (narcisismo do Outro, Outeiral, 2001; ou “narcisismo emprestado”, Green, 1988). Ela é incapaz de desiludir a fusão e ele torna-se submisso a essa incapacidade.

Por outro lado, a depressão ou psicose do pai pode impedir o desenvolvimento da criança mormente dado ao fracasso da função paterna junto à mãe. Segundo Winnicott (1965/2001), “o pai tem a desempenhar um papel muito mais importante do que [o de mãe-substituta com o bebê]: ele torna humano algo na mãe e retira dela o elemento que de outra forma se torna mágico e onipotente e prejudica a própria função

materna” (p. 106). De fato, para manter a transicionalidade necessária na preocupação materna primária (para não desencadear em um tipo de depressão pós-parto ou de cuidado engolfante), a mãe depende também do convite ao seu desejo, feito pelo mundo externo, tanto melhor se for feito pelo seu marido. Algo precisa faltar nela e essa falta origina o desejo e a distancia do bebê, permitindo a ausência e o desmame. Em suma, a mãe que cuida em desiludir precisa também ela própria de desilusão e de falta.

Lembro-me de algumas famílias que conheci no Gipsi e da confusão com que me deparei ao perceber que o funcionamento dessas famílias fazia o estranho tornar-se o real; o natural e óbvio tornavam-se falsos e tudo parecia remeter a uma cadeia de fracassos de cuidado: do pai, da mãe, da avó, do bisavô... Os pais confrontavam-se cotidianamente com sua incapacidade de acolher o infantil e a dependência do filho em crise, ele próprio estranha e ao mesmo tempo adequadamente repulsivo para seus pais, como também o era, em sua passividade, estranheza e rigidez, um tanto desagradável para seu círculo social. O manejo da família precisa levar isso seriamente, muito embora ou fatalmente porque a ideia pareça inaceitável até mesmo para os terapeutas.

Quando confrontada com a crise psicótica de seu filho adolescente ou adulto, a família retorna a uma condição na qual é exigida uma postura diante da dependência. O funcionamento da família diante da crise comunica aos terapeutas sobre o modo como cada um de seus membros é capaz de acolher a dependência, de que maneiras ela se revela impossível, insustentável ou aterrorizante. A crise é uma nova oportunidade de posicionar-se diante da dependência e assumir responsabilidades, dessa vez com o apoio dos terapeutas. Eles procuram perceber fragilidades ou incapacidades específicas de cada membro da família e quais são as reservas possíveis de serem criadas para capacitar a família ao cuidado.

Cuidar dos filhos é difícil para qualquer família, mas existe uma especial dificuldade enfrentada por esses pais, que tornava o cuidado ao bebê (que se tornou nosso paciente) uma coisa perto do aterrorizante. A hospitalização de jovens pessoas em crises psicóticas pode servir, dentro dessa estranha visão sobre o cuidado, para liberar os pais de seu fracasso insuperável e impedir o trabalho dos terapeutas, isto é, como uma maneira de a família inteira negar o fracasso do cuidado, buscando localizar no interior

do “paciente identificado” o elemento irreparável ou insuportável da família, que deve ser contido em uma instituição total como o hospital psiquiátrico.

Essas famílias nos dizem que o fracasso do cuidado está relacionado à falha da preocupação (*concern*) como capacidade psíquica e como função do ambiente. A necessidade de uma crise psicótica ou de um colapso mental não se resume à falha de uma figura materna ou de uma família nuclear, mas está relacionada a uma falha ampla do ambiente de cuidado em uma dimensão “transgeracional” (Costa, 2013c; T. Oliveira, 2001) e, portanto, *social*. A descrição de Winnicott (1960a/1983) do cuidado materno e da função paterna (Outeiral, 2001; Winnicott, 1968/2005) nos ajuda a ponderar sobre o imenso trabalho psíquico necessário para regredir rumo ao recém-nascido, para a breve experiência de ilusão de fusão que permite a transformação do gesto impulsivo em trabalho construtivo com sentido social.

No cuidado às famílias, propomos a consideração plena do fato de que as pessoas dependem de cuidado para se tornarem capazes de cuidar. O manejo das crises deve encontrar a abertura para acolher a família, “descongelando” o encadeamento transgeracional do cuidado que foi interrompido ou fragilizado em algum ponto, nas gerações que podem ser encontradas pelos terapeutas. Aceitar reviver precariedades similares às experiências com a sexualidade infantil será possível apenas dentro do ambiente de cuidado que se demonstre capaz de sobreviver a elas no cotidiano da clínica. Essa sobrevivência, sustentada através da preocupação e da confiança no gesto construtivo, fortalece a capacidade da família em acreditar no cuidado, revivendo diversas vezes o impossível: eles encontram no mundo aquilo que haviam destruído.

A lesão psicótica, isto é, o trauma no narcisismo primário, está relacionada à impossibilidade do cuidado materno, à impossibilidade de encontrar, na família e na sociedade, o ambiente propício para a emergência e recrudescimento da preocupação materna primária. Para isso, a sociedade precisa reconhecer e valorizar o cuidado infantil, que é uma das maiores contribuições de mulheres e homens, ao longo dos séculos, para a criatividade e os valores humanos (Winnicott, 1957/2005b). Para Winnicott, a aceitação da dependência e o reconhecimento da importância do cuidado materno não necessariamente geram um sentimento de gratidão, mas fortalecem o

sentimento de ser no mundo (verdadeiro *self*) e diminuem o medo de MULHER (Winnicott, 1957/2005b), aquilo o que estaria por trás do sentimento social de misoginia.

“Quando tudo vai bem”, a família e a unidade social conseguem fazer o seu trabalho suficientemente bem, de forma que tudo o que dissemos sobre a capacidade para o cuidado parece ser garantido. A psicose nos exige uma reconsideração sobre o óbvio na promoção do ambiente que facilita aquilo que é potencial inerente aos indivíduos: criar e cuidar.

8 Considerações finais

Este trabalho foi escrito com o objetivo contribuir com a prática clínica do Gipsi, equipe multidisciplinar dedicada ao cuidado e manejo de primeiras crises psicóticas, a partir de uma leitura da clínica da psicose segundo Winnicott. Pudemos compreender a crise a partir de sua visão sobre a *dependência*: o correlato da necessidade de entrar em crise é a organização de um ambiente de cuidado que possa aceitá-la e sobreviver a ela.

Em Winnicott (1952/1982), o ambiente necessário para manejar as crises possui qualidades próximas às do cuidado materno, que é um cuidado parental e familiar, já que o nível de dependência de uma pessoa que entra em colapso é, de certa forma, análogo ao de um bebê. O ambiente suficientemente bom às crises, gerado a partir do modelo de cuidado materno de Winnicott, não é apenas bom, mas tolera a existência da “maldade” e precisa ser capaz de usar a agressividade e o ódio de maneira adequada, responsiva às necessidades do paciente. Esse ambiente pode ser composto por uma diversidade de profissionais da saúde mental, a partir de sua responsabilidade e confiabilidade próprias, desde que organizados em um ambiente de cuidado e promoção da preocupação (*concern*).

No caso do Gipsi, o ambiente de cuidado é criado no cotidiano por todos os terapeutas e, de fato, os espaços e temporalidades do grupo são responsivos às necessidades presentes na crise, incluindo seu território geográfico e os agentes de saúde envolvidos no manejo, até mesmo o próprio Gipsi deve ser cuidado no ambiente que cria. Cada terapeuta mantém uma abertura ao encontro e sustenta o ambiente com tolerância e confiança, evitando ou desfazendo possíveis defesas maníacas, denegatórias, cindidas ou que de alguma forma impeçam o encontro. Essa abertura fundamental do terapeuta ao encontro depende da possibilidade de *ser cuidado*, seu grau de liberdade em relação ao amor e à agressividade demandam a vivência efetiva da confiabilidade em seu lugar de trabalho.

Na abertura dos diferentes espaços terapêuticos, o Gipsi possui uma das mais importantes reservas para a clínica da crise, que é a diversidade de pessoas disponíveis para se dedicar, pensar e elaborar sobre um mesmo caso, durante tanto tempo quanto

necessário. Essa variedade de estudantes e profissionais dedicados a fazer e pensar a clínica é mobilizada, pela crise, na criação do que denominamos ambiente de cuidado. O grupo pode ser entendido como um único ambiente formado por múltiplos espaços terapêuticos, áreas que se recortam de uma reserva mais ampla em momentos e lugares particularizados, como uma sessão individual de um caso específico, uma tarde de supervisão clínica na qual esse caso foi discutido ou um momento do estudo da literatura que auxilia a compreender certos fenômenos da clínica. Nesses diferentes espaços, é comum ter quatro ou cinco terapeutas “sendo e fazendo” o cuidado de um único caso, em diferentes áreas, que se encontram e se integram no ambiente de cuidado mais amplo que é o Gipsi.

Os pensamentos e elaborações criados na supervisão clínica, juntamente à disponibilidade dos membros do grupo, originam novos espaços terapêuticos. Um deles é, por exemplo, a decisão pela terapia individual da mãe do paciente em crise (ou paciente identificado), o que é uma prática que vem sendo adotada em alguns casos e é atualmente objeto de estudo em uma das pesquisas do Gipsi. As terapias individuais criam um espaço e tempo específicos nas vidas do terapeuta e do paciente, dedicados ao cuidado ao paciente com o Gipsi como reserva, enquanto a supervisão e as oficinas são espaços dedicados ao cuidado a todos os membros do Gipsi, com os pacientes em reserva. Assim sendo, o cuidado amplo encontra e cria reservas, elabora afetos, pensa estratégias e compartilha angústias, inclusive aquelas suscitadas pelo ambiente particularizado da sessão individual, por exemplo. Esses espaços são igualmente integrados aos das sessões de terapia familiar, de atendimento psicossocial, de visitas domiciliares e de grupos de estudo.

Um outro aspecto para o ambiente múltiplo de cuidado do Gipsi é a *qualidade preocupada (concerned) no triplo cuidado* ao paciente em crise e sua família, aos terapeutas e ao próprio ambiente no manejo da crise. A preocupação é o exercício efetivo dos processos integrativos, de identificação, oposição e sobrevivência, de confiança, na experiência de cuidar. Ela advém da vivência com o cuidado que leva à preocupação com o outro como pessoa total, separada e em risco de desamparo. Essa preocupação com o outro permite a percepção da necessidade, nessa clínica, de cuidar

do ambiente, proteger o *setting*, a abertura e sobrevivência ao encontro como uma das mais importantes tarefas do manejo.

A necessidade de proteger o *setting* nos volta a atenção prioritariamente à postura dos terapeutas no ambiente de cuidado, mais do que às técnicas que ele utiliza, como é o caso da própria clínica psicanalítica. Se a regra fundamental da psicanálise é a associação livre, com sua contrapartida de atenção flutuante, então não se trata de um primado das técnicas da psicanálise, senão um lento progredir no uso de uma postura, de um lugar, a partir do qual o psicanalista abre-se para o encontro com o psíquico, inconsciente. Esse lugar é uma postura ética de abertura, disponibilidade fundamental ao outro, a qual torna-se efetivamente preocupada (*concerned*) com as pessoas de quem cuida. O acontecer humano, cuidar ou ser cuidado, depende do arranjo das condições necessárias para sua emergência. Encontramos tanto em Figueiredo e Coelho Jr. (2008) quanto em Safra (2004) a proposição de que a clínica, mais do que sustentar-se em um arranjo técnico, sustenta-se em um acontecer ético.

Pietroluongo e Resende (2007) utilizam a expressão “acolhimento à própria equipe multidisciplinar” como tarefa do psicólogo, ideia vizinha do que propomos como ambiente de cuidado ao terapeuta. Para as autoras, o psicólogo, por sua profissão, pode compreender os lugares emocionais e sociais de onde cada indivíduo, paciente, familiar ou profissional, faz, é e se relaciona. A partir dessa compreensão reflexiva, a terapia se exerce na constituição de novos lugares a partir dos quais o cuidado é priorizado.

As autoras (Pietroluongo & Resende, 2007) defendem uma “estrutura horizontalizada” para a equipe, na qual a relação de aliança entre saberes constitui o ambiente complexo e integrador necessário para acolher as crises. Assim sendo, nossa visão é de que as funções de cuidado não pertenceriam mais apenas ao psicólogo que acolhe sua equipe, mas a todos os terapeutas, cada um reconhecendo sua contribuição particular. Esta postura depende da *formação* dos profissionais, que vai além do academicismo técnico de cada disciplina e que não está limitada aos cursos de graduação e pós-graduação. De fato, a formação da ética do profissional, direcionada ao cuidado e à preocupação com os outros, está em constante processo em seu cotidiano com a clínica e nas relações dentro da própria equipe.

A ideia de *ódio na contratransferência* proposta por Winnicott (1947/1982) é útil para proteger a postura ética do terapeuta no Gipsi, diante das incompreensões e afetividades intensas da crise. Efetivamente, qualquer conceito clínico pode ser elaborado, expandido e adaptado à realidade do encontro dos terapeutas nos casos atendidos e nos espaços criados para cada caso. O espaço da oficina metodológica do Gipsi pode ser um dispositivo de cuidado nesse sentido, pois gera a oportunidade para *o grupo criar os conceitos que existem* segundo o que aprende com a clínica. A oficina vivencial é igualmente um espaço de cuidado que pode acolher (aceitar) cisões, idealizações, perseguições, vitimizações ou outros tipos de defesas primitivas dos terapeutas, antes de poderem ser reconhecidas e pensadas pelos membros, em uma promoção efetiva da preocupação do grupo consigo mesmo.

A *capacidade para transicionalidade* pode ser igualmente um conceito chave para o Gipsi, pois contribui para que os diferentes espaços terapêuticos sejam integrados, sobrepostos, sem contudo invadir aquilo que é íntimo ou particular de cada um dos espaços. A atuação de terapeutas específicos em cada espaço, sem demasiada interferência de uns nos processos que ocorrem em outros, permite certa liberdade e autonomia do terapeuta em suas decisões profissionais e na responsabilidade que ele assume diante delas. No Gipsi, não é a mesma pessoa que atende a pessoa em crise individualmente e faz a terapia da família dele, ou visita a escola ou lhe prescreve medicações. São pessoas diferentes, em tempos e espaços específicos, dedicadas a um cuidado em comum, cada uma com seu olhar e contribuição particular para o caso. Algo que todos esses terapeutas compartilham é a disponibilidade, sensibilidade e confiabilidade profissional, tanto diante de seu paciente quanto de seus colegas.

A transicionalidade auxilia a integrar e sobrepor os espaços, no que eles têm de compartilhável, respeitando as tendências integradoras da vida do paciente e dos terapeutas. A postura ética dos terapeutas possui força integradora através da própria primazia do cuidado em todos os fazeres na clínica. Os espaços de cuidado são, portanto, múltiplos e tendem à complexidade, são modos de se posicionar diante da crise e do sofrimento grave. Isto é, ao encontrar uma demanda complexa, "*pathologica*", o Gipsi provê um ambiente proporcionalmente complexo, beirando o exagero, *pathico*.

A partir da leitura de Winnicott sobre as psicoses, o Gipsi pode atentar, desde o acolhimento, às defesas psicóticas presentes nas crises, em vez de apenas sinais e sintomas. Para reparar as agonias subjacentes às defesas psicóticas, o ambiente pode organizar-se de tal modo a prover ao paciente em crise o cuidado que falhou no momento da experiência traumática precoce. Não é o terapeuta quem “desfaz” o trauma, mas quem proporciona o “descongelamento” das tendências que são naturais para o paciente, rumo ao inesperado, à surpresa de uma vida espontânea.

Consequentemente, é necessário realizar uma análise profunda e contínua da qualidade atual das reservas do grupo em cada momento e espaço terapêutico: telefone de crise, supervisão, terapia individual, manejo familiar e psicossocial, oficinas, grupos de estudo e pesquisas em andamento. O levantamento das reservas emocionais existentes, momento a momento, pode auxiliar o grupo na decisão sobre um caso novo. O processo a ser promovido no cuidado é o encontro das reservas do grupo com as necessidades de cada caso. Após investigar as defesas presentes em uma determinada crise, o terapeuta poderá ter um vislumbre das funções de cuidado necessárias para esse caso. Assim sendo, pode avaliar se existe, no ambiente atual do grupo, a possibilidade de criar essas funções de cuidado, nos espaços terapêuticos específicos.

A funções de cuidado não são desempenhadas apenas pelos terapeutas e nem são destinadas apenas ao paciente identificado. O cuidado se torna complexo no manejo de encontrar necessidades ambientais de uma crise e com as reservas que nele podem ser criadas ou fortalecidas. No acolhimento, a presença da família é indispensável justamente nesse tipo de avaliação sobre necessidades e reservas do ambiente da pessoa em crise: pais, professores, líderes religiosos, agentes comunitários de saúde ou outras pessoas na família e na comunidade podem ser figuras chave na promoção da capacidade para cuidar. Essas pessoas, assim como os agentes de cuidado, constituem seu fazer na área transicional da experiência, isto é, naquela área de ilusão na qual a realidade subjetiva pode sobrepor-se à objetiva sem ser questionada, no relaxamento permitido pelo reconhecimento humano de que o valor da ilusão precisa ser protegido em todas as fases da vida (área da experiência cultural).

Essa atmosfera “gipsiana” não deixa de ter seus riscos particulares, pois pode chegar ao extremo de impor às pessoas de quem cuida com uma exigência de dedicação

exagerada ao cuidado, uma implicação excessiva ou uma invasão na vida da família e em sua autonomia. No entanto, os erros não deixam de ter valor, se puderem ser usados para o amadurecimento e a diferenciação. As crises, mesmo aquelas entre os terapeutas, se resolvem sozinhas, desde que inseridas em um ambiente onde outras pessoas as aceitem e a elas sobrevivam. Esse jogo com o espaço preenchido-vazio necessário para o amadurecimento é um desafio para o Gipsi, sendo a noção de *presença reservada* (Figueiredo, 2012) e a função paterna (Araújo, 2006; Outeiral, 2001) cruciais para dosar a implicação e a identificação sem gerar abandonos nem sufocamento.

O grupo pode ficar igualmente atento a possíveis desencontros ou desequilíbrios entre as reservas providas a uma crise e as necessidades que ela tem. Por exemplo, os terapeutas de um caso podem se tornar indisponíveis, ausentes, esgotados ou desinteressados. Ao realizar uma avaliação honesta e cotidiana da disponibilidade emocional dos terapeutas, eles podem ser substituídos ou o caso pode mesmo ser interrompido, de modo a proteger o *setting* da maneira mais drástica, que é fazendo-o desaparecer antes que se torne nocivo para algum de seus membros.

Por fim, essa avaliação auxilia o grupo a decidir pela alta de um caso, quando as funções de cuidado, inicialmente necessárias, se tornaram internalizadas pelo ambiente do paciente. Esta avaliação prescinde da consideração pela remissão dos sintomas, simplesmente, para uma consideração da capacidade do ambiente em cuidar, ainda que diante de sintomas ou crises.

O ser humano é mais do que a soma de suas necessidades, e assim o ambiente de cuidado abre igualmente o espaço onde o gesto pode vir a ser. Segundo Safra (2004), “o fato de o homem estar entre o ser e o não-ser faz com que ele não seja derivado das necessidades, mas seu aparecimento é *surpresa* em meio às necessidades” (p. 62, grifo do autor). Para além das defesas, está o imprevisível do gesto espontâneo, que é tanto criativo quanto destrutivo. Esse gesto, mesmo durante a crise, pode chegar a ser expresso no ambiente de cuidado constituído pelo grupo e que se desvencilha, ao menos parcialmente, da necessidade das defesas mais rígidas e mais alienantes do verdadeiro *self*. A abertura dos terapeutas não se limita a investigar as defesas, mas também surpreende-se com o imprevisível do gesto que inicia a constituição de novos modos de

ser, quando a regressão à dependência recrudescer e um novo movimento rumo à independência pode ser tentado.

É importante o grupo continuar prezando sempre por uma variedade de disciplinas integradas em uma única clínica. Conflitos são inerentes à diversidade e os efeitos da cisão não precisam ser temidos se a equipe puder contar com estratégias integradoras (*holding*) e de sobrevivência, sobretudo a confiança na contribuição construtiva possível após a destruição vivida entre os membros do grupo.

A partir do vasto material criado pelo Gipsi nesses mais de 15 anos de trabalho com as crises, muitos estudos podem ser realizados para aperfeiçoar a clínica e a teoria do cuidado às crises que o grupo vem consolidando. Um dos tipos mais fecundos tipos de pesquisas realizados no grupo é o estudo de casos clínicos, o que não foi escopo do presente trabalho, mas que seria uma excelente forma de complementar, com a clínica das crises, o que lemos a partir da clínica da psicose de Winnicott.

O Gipsi pode se beneficiar igualmente de uma revisão das pesquisas já realizadas no grupo, de modo a sistematizar as metodologias preferenciais, os resultados obtidos com a clínica e as principais recomendações originadas pelas pesquisas. A ideia de atravessamento de paradigmas (Figueiredo, 2012), ou mesmo de transicionalidade (Januário, 2012; Winnicott, 1971/1975), pode auxiliar o grupo a sobrepor modos de pensar a clínica originados de perspectivas teóricas diferentes, na criação de propostas e teorizações inovadoras e “gipsianas” para o campo do cuidado às crises.

Nosso objetivo inicial era contribuir com a clínica do Gipsi, oferecer reservas para o trabalho que os terapeutas realizam no cuidado às crises psíquicas graves e na forma como pensam a psicose e a clínica. No entanto, percebemos que nossas sugestões podem ser aproveitadas também em outras áreas do cuidado, isto é, para além do Gipsi. Sobretudo em serviços de saúde mental que encontram crises psíquicas graves, o uso das ideias deste trabalho pode aprofundar e ampliar o alcance do cuidado, gerando novas propostas terapêuticas, possibilidades de abertura ao sofrimento e à crise no cuidado, na construtividade e no respeito à alteridade. A partir dessas experiências clínicas, as compreensões sobre o pensamento de Winnicott podem mesmo encontrar os limites dele, criticá-lo, superá-lo, ir além dele, efetivamente superar, em nosso discurso

e em nossa prática clínica, uma racionalidade linear ou um posicionamento doutrinante diante do outro.

Compreendemos, portanto, que nosso trabalho ainda não está concluído, mas apenas iniciamos uma trajetória de vivência com o cuidado e diante do sofrimento humano, com o pensamento de Winnicott como um primeiro modo de abertura e acolhimento à crise, à dependência e ao sofrimento. A partir de onde chegamos com este estudo, no cotidiano da clínica, poderemos fazer nossa própria leitura, rumo a um pensamento cada vez mais original, criativo, novo sobre o cuidado e a vida humana.

9 Referências

- Abram, Jan. (2000). *A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald Woods Winnicott*. (Trad. Marcelo del Grande da Silva). Rio de Janeiro: Ed. Revinter.
- Aiello-Vaisberg, Tânia Maria José. (2004). Os enquadres clínicos diferenciados e a personalização/ realização transicional. *Cadernos Ser e Fazer: O Brincar. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo*, 6-17.
- Araújo, Sandra Maria Baccara. (2004). O pai e seu bebê: o exercício da função paterna na pós-modernidade. *Acheronta*, 20.
- Araújo, Sandra Maria Baccara. (2006). *Pai, aproxima de mim esse cálice: significações de juízes e promotores sobre a função paterna no contexto da justiça*. Tese (doutorado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Bessoni, Enrique Araujo. (2008). *Clarisse, eu e Winnicott: um estudo de caso sobre o manejo na clínica do sofrimento psíquico grave*. Dissertação (mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Carvalho, Lilian Cherulli de. (2008). *A intervenção precoce nos ajustamentos do tipo psicótico e a clínica gestáltica: ensaios preliminares*. Dissertação (mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Carvalho, Nerícia Regina de & Costa, Ileno Izídio da (2008). Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares. *Psic. Clin. Rio de Janeiro*, 20(1), 153-164.
- Celes, Luiz Augusto M. (2010). Clínica psicanalítica: aproximações histórico-conceituais e contemporâneas e perspectivas futuras. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(número especial), 65-80.
- Costa, Elisa Walleska Krüger Alves da. (2011). *Rorschach e psicose: avaliação psicodinâmica do sofrimento psíquico grave*. Dissertação (mestrado), Programa

de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

Costa, Elisa Walleska Krüger Alves. (2015) *A falência da medida de segurança: da exclusão à alteridade*. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

Costa, Ileno Izídio da. (2003). *Da Fala ao Sofrimento Psíquico Grave: Ensaio acerca da Linguagem Ordinária e a Clínica Familiar da Esquizofrenia*. Brasília: ABRAFIPP.

Costa, Ileno Izídio da. (2008). Família e psicose: reflexões psicanalíticas e sistêmicas acerca das crises psíquicas graves. *Estudos e pesquisas em Psicologia*, 8(1): 94-100.

Costa, Ileno Izídio da. (2010). Psicose: um conceito (?) absolutamente impreciso. Em Ileno Izídio da Costa (Org.). *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem complexa*. (pp. 33-56). Brasília: Kaco.

Costa, Ileno Izídio da. (2013a). Delimitação e gerenciamento da crise psíquica grave: em busca de parâmetros. Em Ileno Izídio da Costa (Org.) (2013). *Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico*. (pp. 33-74). Curitiba: Juruá.

Costa, Ileno Izídio da. (2013b). Alguns conceitos centrais para a compreensão do sofrimento e da crise psíquica grave. Em Ileno Izídio da Costa (Org.). *Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico*. (pp. 75-112). Curitiba: Juruá.

Costa, Ileno Izídio da. (2013c). *Família e esquizofrenia: um estudo transgeracional*. Brasília: Editora UnB.

Costa, Ileno Izídio da. (2014). Sofrimento Humano e Sofrimento Psíquico: da condição humana às “dores psíquicas”. Em Ileno Izídio da Costa (Org.). *Sofrimento humano, crise psíquica e cuidado: dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade*. (pp. 21-68). Brasília: Editora UnB.

Costa, Ileno Izídio da & Mano, Raquel de Paiva. (2013). História do Gipsi e seus resultados. Em Ileno Izídio da Costa (Org.) (2013). *Intervenção precoce e crise*

psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico. (pp. 145-164). Curitiba: Juruá.

Dias, Elsa Oliveira. (2000). Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento. *Natureza humana*, 2(1), 9-48.

Dias, Elsa Oliveira. (2002). Da sobrevivência do analista. *Natureza Humana*, 4(2), 341-362.

Ferreira, André Félix. (2012). *A injunção como acontecimento: sobre o desencadeamento de crises psicóticas*. Dissertação (mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

Figueiredo, Luís Claudio. (2007). Confiança: a experiência de confiar na clínica psicanalítica e no plano da cultura. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(3), 69-87.

Figueiredo, Luís Claudio. (2012). *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. 2ª edição. São Paulo: Escuta.

Figueiredo, Luís Claudio & Coelho Junior, Nelson (2008). *Ética e técnica em psicanálise*. 2ª edição ampliada. São Paulo: Escuta.

Forlenza Neto, Orestes. (2008). As principais contribuições de Winnicott à prática clínica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 82-88.

Franco, Sérgio de Gouvêa. (2003). O brincar e a experiência analítica. *Ágora*, VI(1), 45-59.

Freud, Sigmund. (1920). Além do princípio de prazer. Em Sigmund Freud. (1996). *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. (Trad. Jayme Salomão, volume XVIII, pp. 13-75). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, Sigmund. (1923). O ego e o id. Em Sigmund Freud. (1996). *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. (Trad. Jayme Salomão, volume XIX, pp. 15-80). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, Sigmund. (1924a). O problema econômico do masoquismo. Em Sigmund Freud. (1996). *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard*

- brasileira*. (Trad. Jayme Salomão, volume XIX, pp. 175-188). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, Sigmund. (1924b). A perda da realidade na neurose e na psicose. Em Sigmund Freud. (1996). *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. (Trad. Jayme Salomão, volume XIX, pp. 205-212). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, Sigmund. (1927). O futuro de uma ilusão. Em Sigmund Freud. (1996). *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. (Trad. Jayme Salomão, volume XXI, pp. 13-63). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, Sigmund. (1930). O mal-estar na civilização. Em Sigmund Freud. (1996). *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. (Trad. Jayme Salomão, volume XXI, pp. 67-148). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, Sigmund. (1938). Esboço de psicanálise. Em Sigmund Freud. (1996). *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. (Trad. Jayme Salomão, volume XXIII, pp. 152-221). Rio de Janeiro: Imago.
- Green, André. (1988). *Sobre a loucura pessoal*. (Trad. Carlos Alberto Pavanelli). Rio de Janeiro: Imago.
- Green, André. (2002). *La pensée clinique*. Paris: Odile Jacob.
- Green, André. (2010). *O trabalho do negativo*. (Trad. Fátima Murad). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1993)
- Grigolo, Tânia Maris. (2010). O sofrimento psíquico grave e os princípios para uma nova clínica no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Em Ileno Izídio da Costa (Org.). *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem complexa*. (pp. 220-230). Brasília: Kaco.
- Heidegger, Martin. (2005). *Ser e tempo*. (Trad. Marcia Sá Cavalcante Schuback). 15ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes. (Original publicado em 1926)
- Holloway, Wendy. (2006). *The capacity to care: gender and ethical subjectivity*. London: Routledge.

- Inwood, Martin. (2002). *Dicionário de Heidegger*. (Trad. Luíza Buarque de Holanda). Rio de Janeiro: Zahar.
- Januário, Livia Milhomem. (2012). *Transferência e espaço potencial: a relação analítica com crianças em estados autísticos e psicóticos*. Tese (doutorado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Januário, Livia Milhomem & Tafuri, Maria Izabel. (2011). A relação transferencial para além da interpretação: reflexões a partir da teoria de Winnicott. *Ágora*, XIV(2), 257-274.
- Kanter, Joel. (1990). Community-based management of psychotic clients: The contributions of D. W. and Clare Winnicott. *Clinical Social Work Journal*, 18(1), 23-41.
- Kanter, Joel. (2000). The untold story of Clare and Donald Winnicott: how social work influenced modern psychoanalysis. *Clinical Social Work Journal*, 28(3), 245-261.
- Klein, Melanie. (1935). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. Em Melanie Klein (1996). *Obras completas de Melanie Klein*. (Trad. André Cardoso, volume I, pp. 301-329). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, Melanie. (1937). Amor, culpa e reparação. Em Melanie Klein (1996). *Obras completas de Melanie Klein*. (Trad. André Cardoso, volume I, pp. 346-384). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, Melanie. (1940). O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos. Em Melanie Klein (1996). *Obras completas de Melanie Klein*. (Trad. André Cardoso, volume I, pp. 385-412). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, Melanie. (1981). *Psicanálise da criança*. (Trad. Pola Civelli, 3ª edição brasileira). São Paulo: Mestre Jou. (Original publicado em 1932)
- Kriskovic, Ivanilde do Patrocínio de S. C. & Costa, Ileno Izídio da. (2013). Discutindo relações familiares e o sofrimento psíquico grave a partir das primeiras crises psicóticas. Em Ileno Izídio da Costa (Org.). *Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico*. (pp. 367-376). Curitiba: Juruá.

- Kristeva, Julia. (2005). *La haine et le Pardon*. Paris: Fayard.
- Laplanche, Jean & Pontalis, Jean-Bertrand. (2001). *Vocabulário de psicanálise*. (Trad. Pedro Tamen, 4ª edição brasileira). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1987)
- Lemaire, J-G. (1989). *Famille, amour, folie: cure e traitement psychanalytique des liens familiaux*. Paris: Éditions du Centurion.
- Little, Margareth I. (1992). *Ansiedades psicóticas e prevenção: registro pessoal de uma análise com Winnicott*. (Trad. Maria Clara de Biase Fernandes). Rio de Janeiro: Imago.
- Lobo, Silvia. (2008). As condições de surgimento da “mãe suficientemente boa”. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(4), 67-74.
- Mano, Raquel de Paiva. (2016). *Vivências espirituais e sofrimento psíquico grave*. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília.
- Marconato, Magaly Miranda. (2001). A escuta psicanalítica de bebês e seus pais. Em José Outeiral, Sueli Hisada & Rita Gabriades. (Coords.). *Winnicott: Seminários Paulistas*. (pp. 249-257). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nick, Eva. (1983). Culpa ou preocupação? *Arq. Bras. Psic. Rio de Janeiro*, 35(3), 105-130.
- Oliveira, Alda Regina Dorneles. (2007). Amor primitivo, amor verdadeiro. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(4), 89-102.
- Oliveira, Nadja Rodrigues de & Tafuri, Maria Izabel (2012). O método psicanalítico de pesquisa e a clínica: reflexões no contexto da Universidade. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 15(4), 838-850.
- Oliveira, Marcella Albo de. (2015). *A experiência das psicoses: um olhar teórico-clínico da Gestalt-Terapia*. Dissertação (mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília.

- Oliveira, Teresa Marques. (2001). Consulta terapêutica e intervenção precoce: contribuições da clínica psicanalítica na pós-modernidade. Em José Outeiral, Sueli Hisada & Rita Gabriades. (Coords.). *Winnicott: Seminários Paulistas*. (pp. 259-273). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Outeiral, José. (2001). Rabiscos sobre o conceito de narcisismo em D. W. Winnicott. Em José Outeiral, Sueli Hisada & Rita Gabriades. (Coords.). *Winnicott: Seminários Paulistas*. (pp. 37-48). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Outeiral, José; Hisada, Sueli & Gabriades, Rita. (Coords.) (2001). *Winnicott: Seminários Paulistas*. (pp. 259-273). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pietroluongo, Ana Paula da Cunha & Resende, Tania Inessa Martins de. (2007). Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(1), 22-31.
- Ribeiro, Cristina Martins. (2014). *Psicose, família e crise: inserções psicanalíticas em um serviço multidisciplinar*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura), Universidade de Brasília, Brasília.
- Ribeiro, Cristina Martins & Costa, Ileno Izídio da. (2014). O cuidado psicanalítico e o diálogo multidisciplinar nas crises psíquicas graves. Ileno Izídio da Costa (Org.). *Sofrimento humano, crise psíquica e cuidado: dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade*. (pp. 227-240). Brasília: Editora UnB.
- Safra, Gilberto. (1995). *Momentos mutativos em psicanálise: uma visão winnicottiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Safra, Gilberto. (1999). A clínica em Winnicott. *Natureza humana*, 1(1), 91-101.
- Safra, Gilberto. (2004). *A po-ética na clínica contemporânea*. 3ª edição. Aparecida, SP: Ideias & Letras.
- Safra, Gilberto. (2005). *A face estética do self: teoria e clínica*. 6ª edição. Aparecida, SP: Ideias & Letras: São Paulo: Unimarco Editora.
- Santos, Manoel Antônio dos. (1999). A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana: uma contribuição à clínica das psicoses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(3), 00.

- Silva, Hayanna Carvalho Santos R. da. (2013). *Psicose e Crises Psíquicas Graves: uma investigação pelo método de Rorschach*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura), Universidade de Brasília, Brasília.
- Silva, Hayanna Carvalho Santos R. da & Costa, Ileno Izídio da. (2013). Acolhimento implicado: dimensões do primeiro contato com a crise psíquica grave. Em Ileno Izídio da Costa (Org.). *Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico*. (pp. 165-179). Curitiba: Juruá.
- Silva, Maria de N. R. M. de O.; Costa, Ileno Izídio da; Magalhães, Yasmim Bezerra; Ramos, Patrícia Passos C.; Silva, Paulo Henrique G. da & Moreira, Sthefânia S. C. R. (2013). Práticas de saúde no território: cuidando de sujeitos em crise do tipo psicótica. Em Ileno Izídio da Costa (Org.). *Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico*. (pp. 181-198). Curitiba: Juruá.
- Sousa, Paula Stein de Melo e. (2010). *A inserção da psicanálise na saúde mental da reforma psiquiátrica brasileira: possibilidades e desafios*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura), Universidade de Brasília, Brasília.
- Tavares, Marcelo & Werlang, Blanca S. G. (2012). O conceito de crise na clínica da intervenção em crises. Em Terezinha Viana, Gláucia Diniz, Liana Costa & Valeska Zanello. (Orgs.). *Psicologia clínica e cultura contemporânea*. Brasília: Liber livro.
- Urribarri, Fernando. (2013). O pensamento clínico: contemporâneo, complexo, terciário. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 20(1), 203-219.
- Varella, Maria do Rosário Dias. (2008). *Narcisismo e apassivação*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura), Universidade de Brasília, Brasília.
- Versiani, Estela Ribeiro & Celes, Luiz Augusto M. (2015). Reconhecendo a alteridade do analista - uma caracterização do analítico fundamentado no cuidado. *Psi. Clin. Rio de Janeiro*, 27(1): 213-223.
- Winnicott, Clare. (1955). Casework techniques in child care services. *Social Casework*, 36, 3-13.
- Winnicott, Clare. (1961). Casework and the residential treatment of children. Em Clare Winnicott. (1964). *Child care and social work*. London: Codicote Press.

- Winnicott, Clare; Shepperd, Roy & Davis, Marie (Orgs.) (2005). *Explorações psicanalíticas*. (Trad. José Octávio de Aguiar Abreu). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, Donald W. (1939). Agressão. Em Donald W. Winnicott. (2005a). *Privação e delinquência*. (Trad. Álvaro Cabral, pp. 93-102). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, Donald W. (1948a). Pediatria e Psiquiatria. Em Donald, W. Winnicott. (1982). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (Trad. Jane Russo, pp. 287-312). Rio de Janeiro: F Alves.
- Winnicott, Donald W. (1948b). A reparação em função da defesa materna organizada contra a depressão. Em Donald, W. Winnicott. (1982). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (Trad. Jane Russo, pp. 197-204). Rio de Janeiro: F Alves.
- Winnicott, Donald W. (1949a). A mente e sua relação com o psique-soma. Em Donald W. Winnicott (1982). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (Trad. Jane Russo, pp. 409-426). Rio de Janeiro: F Alves.
- Winnicott, Donald W. (1949b). Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. Em Donald W. Winnicott (1982). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (Trad. Jane Russo, pp. 313-340). Rio de Janeiro: F Alves.
- Winnicott, Donald W. (1950). A agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional. Em Donald W. Winnicott (1982). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (Trad. Jane Russo, pp. 355-374). Rio de Janeiro: F Alves.
- Winnicott, Donald W. (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. Em Donald W. Winnicott (1982). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (Trad. Jane Russo, pp. 316-331). Rio de Janeiro: F Alves.
- Winnicott, Donald W. (1952). Psicose e cuidados maternos. Em Donald W. Winnicott (1982). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (Trad. Jane Russo, pp. 375-389). Rio de Janeiro: F Alves.
- Winnicott, Donald W. (1954a). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. Em Donald W. Winnicott (1982). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (Trad. Jane Russo, pp. 437-458). Rio de Janeiro: F Alves.

- Winnicott, Donald W. (1954b). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico. Em Donald W. Winnicott (1982). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (Trad. Jane Russo, pp. 459-482). Rio de Janeiro: F Alves.
- Winnicott, Donald W. (1956). Preocupação materna primária. Em Donald W. Winnicott (1982). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (Trad. Jane Russo, pp. 491-498). Rio de Janeiro: F Alves.
- Winnicott, Donald W. (1956). A tendência anti-social. Em Donald W. Winnicott. (2005a). *Privação e delinquência*. (Trad. Álvaro Cabral, pp. 135-148). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, Donald W. (1957). A contribuição da mãe para a sociedade. Em Donald W. Winnicott (2005b). *Tudo começa em casa*. (Trad. Paulo Sandler, pp. 117-122). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, Donald W. (1958). A capacidade para estar só. Em Donald W. Winnicott (1982). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (Trad. Jane Russo, pp. 31-37). Rio de Janeiro: F Alves.
- Winnicott, Donald W. (1959). O destino do objeto transicional. Em Clare Winnicott, Roy Shepperd e Marie Davis (Orgs.) (2005). *Explorações psicanalíticas*. (Trad. José Octávio de Aguiar Abreu, pp. 44-48). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, Donald W. (1960a). A teoria do relacionamento paterno-infantil. Em Donald W. Winnicott. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (Trad. Irineo Constantino Schuch Oritz, pp. 38-64). Porto Alegre: ArtMed.
- Winnicott, Donald W. (1960b). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. Em Donald W. Winnicott. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (Trad. Irineo Constantino Schuch Oritz, pp. 128-139). Porto Alegre: ArtMed.
- Winnicott, Donald W. (1962a). Provisão para a criança na saúde e na crise. Em Donald W. Winnicott. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a*

teoria do desenvolvimento emocional. (Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz, pp. 62-69). Porto Alegre: ArtMed.

Winnicott, Donald W. (1962b). A integração do ego no desenvolvimento da criança. Em Donald W. Winnicott. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz, pp. 55-61). Porto Alegre: ArtMed.

Winnicott, Donald W. (1963a). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. Em Donald W. Winnicott. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz, pp. 70-78). Porto Alegre: ArtMed.

Winnicott, Donald W. (1963b). O atendimento hospitalar como complemento de psicoterapia intensiva na adolescência. Em Donald W. Winnicott. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz, pp. 218-224). Porto Alegre: ArtMed.

Winnicott, Donald W. (1963c). Os doentes mentais na prática clínica. Em Donald W. Winnicott. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz, pp. 196-206). Porto Alegre: ArtMed.

Winnicott, Donald W. (1963). Medo do colapso. Em Clare Winnicott, Roy Shepperd e Marie Davis (Orgs.) (2005). *Explorações psicanalíticas*. (Trad. José Octávio de Aguiar Abreu, pp. 65-76). Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, Donald W. (1964). A importância do *setting* no encontro com a regressão em psicanálise. Em Clare Winnicott, Roy Shepperd e Marie Davis (Orgs.) (2005). *Explorações psicanalíticas*. (Trad. José Octávio de Aguiar Abreu, pp. 77-81). Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, Donald W. (1964a). Raízes da agressão. Em Donald W. Winnicott. (2005a). *Privação e delinquência*. (Trad. Álvaro Cabral, pp. 102-110). São Paulo: Martins Fontes.

- Winnicott, Donald W. (1964b). A juventude não dormirá. Em Donald W. Winnicott. (2005a). *Privação e delinquência*. (Trad. Álvaro Cabral, pp. 177-179). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, Donald W. (1965a). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. Em Clare Winnicott, Roy Shepperd e Marie Davis (Orgs.) (2005). *Explorações psicanalíticas*. (Trad. José Octávio de Aguiar Abreu, pp. 102-115). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, Donald W. (1965b). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. Em Clare Winnicott, Roy Shepperd e Marie Davis (Orgs.) (2005). *Explorações psicanalíticas*. (Trad. José Octávio de Aguiar Abreu, pp. 94-101). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, Donald W. (1966). A mãe devotada comum. Em Donald W. Winnicott. (1988). Os bebês e suas mães. (Trad. J. L. Camargo, pp. 1-2). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, Donald W. (1967). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. Em Clare Winnicott, Roy Shepperd e Marie Davis (Orgs.) (2005). *Explorações psicanalíticas*. (Trad. José Octávio de Aguiar Abreu, pp. 151-156). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, Donald W. (1968). O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações. Em Clare Winnicott, Roy Shepperd e Marie Davis (Orgs.) (2005). *Explorações psicanalíticas*. (Trad. José Octávio de Aguiar Abreu, pp. 171-177). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, Donald W. (1969). A experiência mãe-bebê de mutualidade. Em Clare Winnicott, Roy Shepperd e Marie Davis (Orgs.) (2005). *Explorações psicanalíticas*. (Trad. José Octávio de Aguiar Abreu, pp. 195-202). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, Donald W. (1970). Vivendo de modo criativo. Em Donald W. Winnicott. (2005b). *Tudo começa em casa*. (Trad. Paulo Sandler, pp. 23-39). São Paulo: Martins Fontes.

- Winnicott, Donald W. (1975). *O brincar e a realidade*. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1971)
- Winnicott, Donald W. (1982). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (Trad. Jane Russo). Rio de Janeiro: F Alves.
- Winnicott, Donald W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (Trad. Irineo Constantino Schuch Oritz). Porto Alegre: ArtMed.
- Winnicott, Donald W. (1990). *Natureza Humana*. (Trad. Davi Bogomoletz). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, Donald W. (2001). *A família e o desenvolvimento emocional*. (Trad. Marcelo Brandão Cipolla). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1965)
- Winnicott, Donald W. (2005a). *Privação e delinquência*. (Trad. Álvaro Cabral). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, Donald W. (2005b). *Tudo começa em casa*. (Trad. Paulo Sandler). São Paulo: Martins Fontes.