

CLÉIA REGINA CANATTO

***HOLDING, MANEJO E PLACEMENT: PILARES DO ACOMPANHAMENTO
TERAPÊUTICO NUM CASO DE ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE***

PALHOÇA

2006

CLÉIA REGINA CANATTO

***HOLDING, MANEJO E PLACEMENT: PILARES DO ACOMPANHAMENTO
TERAPÊUTICO NUM CASO DE ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE***

Relatório de pesquisa apresentado na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientador Prof. Fernando Brandalise

PALHOÇA

2006

***HOLDING, MANEJO E PLACEMENT: PILARES DO ACOMPANHAMENTO
TERAPÊUTICO NUM CASO DE ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE***

Por

Cléia Regina Canatto

Trabalho de Conclusão de curso (TCC) aprovado com as seguintes notas como requisito parcial para a obtenção do título de Psicólogo no Curso de Graduação em Psicologia, pela comissão de avaliação formada pelos professores:

Orientador: _____

Prof. Fernando Brandalise

Nota do Processo de Orientação:_____.

Membro: _____

Prof. Nei Antônio Nunes

Nota do TCC:_____.

Membro: _____

Prof^a Néli Telles D'Ajello

Nota do TCC:_____.

Nota Final do TCC:_____

(Média das três notas)

Palhoça, novembro de 2006.

Dedico este trabalho a minha filha, Brenda, fonte de inspiração, que me conduziu a essa caminhada; ao meu pai, João Batista, de quem me despedi durante esse percurso.

Agradeço ao meu Orientador Fernando Brandalise, legítimo “Acompanhante Terapêutico”, que me encorajou a chegar perto da loucura, sobretudo, da minha; à psicanalista Néli Telles D’Ajello, pelo esmero na revisão do texto; ao meu primeiro paciente, sujeito desta pesquisa, que vem me permitindo acompanhá-lo.

CANATTO, Cléia Regina . *Holding, Manejo e Placement : pilares do Acompanhamento Terapêutico num caso de esquizofrenia paranóide.* Trabalho de Conclusão de Curso – TCC (Curso de Psicologia – Graduação). Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2006.

RESUMO

Este trabalho consiste numa investigação sobre os conceitos *Holding, Manejo e Placement*, adotados como pilares que fundamentem ética e tecnicamente uma experiência de Acompanhamento Terapêutico - AT. Trata-se de uma pesquisa exploratória qualitativa, sendo o delineamento um estudo de caso realizado com um usuário de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, com diagnóstico de esquizofrenia. A análise foi sistematizada através do método clínico, no qual se estudou o fenômeno por meio de um estudo de caso, para tanto, foram tomados como dados para análise fragmentos de sessões do AT, considerados relevantes para fins da articulação entre a perspectiva teórica de Winnicott e outros seguidores, como Safra e o fenômeno vivenciado nas sessões. Foi constatada a aplicabilidade dos referidos conceitos enquanto fundamentação ética e técnica para a experiência de AT, com ênfase na dimensão ética, ressaltando-se que a instauração de um ambiente de *Holding*, assim como, a utilização do Manejo no decorrer das sessões, possibilitaram a oferta de um *Lugar* existencial ao acompanhado, a partir das possibilidades que estiveram ao seu alcance.

Palavras-chave: Acompanhamento Terapêutico; Esquizofrenia; *Holding*; Manejo; *Placement*.

Núcleo Orientado: Núcleo da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 PROBLEMÁTICA.....	8
1.2 JUSTIFICATIVA.....	14
1.3 OBJETIVOS.....	17
1.3.1 Objetivo Geral.....	17
1.3.2 Objetivos Específicos.....	18
2 MARCO TEÓRICO	19
2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	19
2.2 BREVE HISTÓRICO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO - AT.....	22
2.3 CONCEPÇÃO DE D. W. WINNICOTT SOBRE A CONSTITUIÇÃO DO PSIQUISMO.....	25
2.4 PSICOSE.....	34
2.5 ESQUIZOFRENIA.....	38
2.6 OS CONCEITOS DE <i>HOLDING</i> , <i>MANEJO</i> E <i>PLACEMENT</i> APLICADOS AO AT.....	44
3 MÉTODO	54
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	57
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO E DA INSTITUIÇÃO PESQUISADA.....	58
4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	62
5 CONCLUSÕES	76
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICE - CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO	85

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho consiste numa investigação sobre os conceitos *Holding*, *Manejo* e *Placement*, adotados como pilares que fundamentem ética e tecnicamente a experiência de Acompanhamento Terapêutico - AT de um usuário de CAPS, com diagnóstico de esquizofrenia paranóide. Tratam-se de conceitos que têm sua origem na psicanálise, mais especificamente no pensamento do psicanalista D.W. Winnicott.

Trata-se de uma perspectiva teórica, que abarca distintas modalidades de intervenção clínica (Análise Clássica, Consultas Terapêuticas, Análise Segundo a Demanda, *Placement*) transcendendo os modelos da psicanálise clássica. O que se considera um importante diferencial, conforme será melhor explicitado adiante, em se tratando de quadros de psicose, os quais exigem modelos de intervenção distintos dos adotados nos quadros clássicos de neurose. (SAFRA, 2006).

Esta pesquisa está inserida no Núcleo Orientado da Saúde e vinculada ao campo de estágio em saúde mental no CAPS Palhoça.

Integra o trabalho um breve histórico sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, apresentando as trajetórias do movimento e focando as inter-relações da Reforma e o Acompanhamento Terapêutico - AT.

A partir daí, apresenta-se o AT enquanto um dispositivo clínico, que vem se consolidando desde a Reforma, em conformidade com as premissas previstas no processo de Reabilitação Psicossocial.

Na seqüência, é apresentada, em linhas gerais, a concepção Winnicott sobre a constituição do psiquismo, assim como a gênese da psicose, com ênfase na esquizofrenia, por tratar-se do diagnóstico psiquiátrico do sujeito da pesquisa.

Por fim, são apresentados os conceitos de *Holding*, *Manejo* e *Placement* e sua aplicação à experiência de Acompanhamento Terapêutico no caso em questão.

1.1 PROBLEMÁTICA

O tema objeto de pesquisa deste trabalho é a investigação de como os conceitos *Holding*, *Manejo* e *Placement* podem fundamentar ética e tecnicamente o AT, num caso de

esquizofrenia paranóide. Parte-se da hipótese de que os referidos conceitos apresentam maior adequação tanto ao quadro clínico apresentado pelo sujeito desta investigação, quanto ao tipo de intervenção do A.T.

A consistência teórica e técnica da psicanálise sobre o sofrimento psíquico, assim como as distintas possibilidades de intervenção clínica, conferem ao trabalho do AT o rigor ético e técnico imprescindível a um dispositivo, paradoxalmente, simples e complexo, conforme explicitado adiante.

O Acompanhamento Terapêutico serve-se de conceitos oriundos da psicanálise, os quais se fazem presentes na sua prática, logo, dá-se especial ênfase à importância desse saber, considerando-o um importante referencial para o Acompanhamento Terapêutico. Carvalho (2004, p. 36). Carozzo¹ corrobora essa idéia, quando afirma:

Eu não consigo ver uma possibilidade de se sustentar uma relação tão importante com uma pessoa que carrega um sofrimento tão grande que nos perturba tanto, se não tivermos como nos apoiar em alguma teoria que possa olhar para isso que acontece entre as duas pessoas, ou seja, aquilo que nós chamamos de transferência. Então eu não consigo ver outras formas se você não começa com o que é básico. Ou seja, eu não chamaria de Acompanhamento Terapêutico se você não leva em consideração como básico, essencial, vital, fundamental a relação entre os dois que a gente chama de transferência, ou seja, o que cada um representa para o outro, por isso que eu acho que a psicanálise é sim fundamental. Então, que outras teorias possam vir junto, tudo bem, mas para dar conta disso, para dar conta de trabalhar em cima da relação, aí eu acho que tem que ser a psicanálise.

Por outro lado, Barreto (1997, p. 250) não considera a psicanálise tão imprescindível assim nesse contexto, referenciando-a como “[...] um recurso, entre tantos outros, para empreender a busca de sentidos e significados às vivências”, lembrando que as religiões e os mitos, além das teorias, prestam-se também a esse intento.

Sem dúvida, são muitos os recursos disponibilizados para esse fim e, frente à necessidade de definir um delineamento de trabalho, optou-se pela psicanálise, especialmente pelas possibilidades vislumbradas de compreensão do quadro clínico apresentado pelo sujeito da pesquisa, assim como pelas perspectivas de intervenção que se apresentam a partir daí.

Pois bem, mas de que psicanálise está se falando? Conforme Barreto (1997), faz-se necessário a contextualização sobre qual referencial da psicanálise estará sendo considerado. Conforme o autor, desde Freud (1900), é sabido que se está no campo da psicanálise quando se aceita a pressuposição da existência da dimensão inconsciente no psiquismo humano, assim

¹ Carozzo é diretor do departamento de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto *A Casa* - Clínica de tratamento de doenças mentais, fundada em 1979, em São Paulo, cujo modelo é o de hospital-dia e utiliza o AT como recurso psicoterapêutico.

como estão sendo considerados ferramentas ou técnicas de trabalho no processo analítico, tanto os fenômenos da transferência e contratransferência, quanto a resistência. Todavia, existem distintas concepções desses fenômenos, apontando para a existência não somente de uma única psicanálise, mas de distintas psicanálises. Isso se revela a partir da compreensão própria de cada autor acerca da gênese do psiquismo humano. Barreto (1997, p. 258) ilustra algumas diferenças, quando comenta:

Enquanto, para Freud, o aparelho psíquico se funda a partir do desejo, para Klein, ele surge como meio de o sujeito dar conta de sua destrutividade (conflito pulsional vida e morte). Na perspectiva de Winnicott, o psiquismo surge da necessidade de comunicação do bebê com sua mãe – ou quem quer que exerça essa função de cuidado – para que seja garantida a sua sobrevivência, tanto física quanto psíquica. São três maneiras completamente distintas de conceber a gênese do psiquismo humano.

Dessas distintas concepções, igualmente decorrem as distintas visões de adoecimento do indivíduo², assim como dos diferentes modelos de intervenção clínica.

Nesse sentido, tanto as concepções teóricas aqui presentes, quanto as estratégias clínicas a serem adotadas, estão assentadas no referencial teórico de Winnicott e Safra.

O contexto sócio histórico, do qual emerge a legitimação do Acompanhamento Terapêutico, é caracterizado pela reforma psiquiátrica brasileira, marco histórico da saúde pública, especialmente no que tange a saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica compreende um processo amplo de resignificação da loucura, representando uma transformação paradigmática no campo da saúde pública.

Nesse sentido, implica uma reorganização dos saberes, práticas e serviços no tratamento dos indivíduos que estão em condição de sofrimento psíquico grave. Efetivamente, a reforma psiquiátrica abre espaços para lançar-se um outro olhar sobre o sofrimento psíquico em sua significação e tratamento.

Nesse contexto, destaca-se, como um conceito fundamental, a Reabilitação Psicossocial.

A Organização Mundial de Saúde – OMS, reconhece a Reabilitação Psicossocial como “conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários”. (DE GIROLAMO, 1989, apud PITTA, 2001).

² O conceito de ser humano pode abranger noções e significados distintos, podendo ser utilizados os termos pessoa, indivíduo ou sujeito. Será adotado no trabalho o termo indivíduo, enquanto um ser diferenciado dos demais, por ter vida separada ou algumas características que o distingam enquanto um ser singular, em relação aos demais de sua espécie. Entretanto, em alguns momentos, indivíduo dará lugar a pessoa, sendo um conceito mais amplo, o qual contém o de indivíduo; em outros, poderá aparecer o de sujeito, com conotações distintas, ora como alguém no exercício de sua vontade, ora como alguém sujeitado ao inconsciente; sendo que o contexto em si é que definirá a acepção da palavra.

No entanto, Pitta (2001) faz um questionamento veemente quanto a ênfase dada às “atividades” no conceito da OMS, no que ela referencia como “técnicas”:

Não se trata porém de técnicas específicas para populações específicas. Reabilitação é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais, que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados. (PITTA, 2001, p. 21).

De fato, parece haver, ali, uma simplificação de algo um pouco mais complexo, ou seja, não basta pensar atividades que dêem conta de aumentar as possibilidades de recuperação do indivíduo, mas, fundamentalmente, pensar estratégias críticas aos modelos tradicionais de concepção e tratamento do sofrimento psíquico.

Nessa direção, conforme Fiorati (2006), está a promoção de redes de relações sociais e afetivas, assim como modalidades clínicas que privilegiem o restabelecimento do poder de contratualidade social e a retomada da capacidade de gerar sentido, valor existencial e social para o indivíduo, revelando-se em estratégias valiosas no processo de retomada dos laços consigo, com o outro, com o mundo.

Nessa direção, Saraceno (1998) ressalta não serem as formas de tratamento decisivas para a obtenção de uma verdadeira reabilitação em saúde mental, mas sim a forma de organização dos serviços. É quando adverte:

Então o problema central é o problema dos serviços, é o problema da reabilitação oferecida dentro de um sistema de serviço que permite continuamente levar em conta, contemporaneamente as variáveis que são o paciente como sujeito, o micro contexto do paciente, o macro contexto do paciente e o contexto mesmo do serviço. (SARACENO, 1998, p.30).

A seguir, o autor recupera o sentido estratégico da reabilitação psicossocial, quando a reconhece operando no campo da Reforma Psiquiátrica como transição para a cidadania plena:

O processo de Reabilitação Psicossocial seria, então, um grande processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania e também de plena contratualidade no cenário das relações familiares, da rede social e do trabalho com valor social. (SARACENO, 1996, p.17).

Nesse contexto, o Acompanhamento Terapêutico vai se consolidando, a partir de características e estratégias alinhadas a proposições específicas geradas na ambiência da Reabilitação Psicossocial: “desenvolver a prática de cuidado domiciliar em substituição ao cuidado hospitalar, como estratégia de enfrentamento das situações de crise dos portadores de sofrimento psíquico e seus familiares” (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE et. al., 2002, p. 41); até mesmo transcendendo-as, à medida em que o AT não está limitado a práticas domiciliares

em substituição às hospitalares tradicionais, pois, mais uma vez, estaria havendo uma simplificação; o AT está alinhado aos movimentos decorrentes da reforma psiquiátrica e, como tal, contrário aos saberes e fazeres oriundos do modelo manicomial.

Conforme assinala Fiorati (2006), na direção contrária, passa a ser privilegiado o resgate da cidadania, a ampliação dos níveis de autonomia, a reinserção social, o reconhecimento, a intervenção e legitimação do indivíduo nas suas múltiplas dimensões: subjetiva, social, histórica e cultural.

A prática do Acompanhamento Terapêutico está relacionada, historicamente, ao tratamento das psicoses, muito embora não se aplique somente a esses casos:

[...] temos observado, nos últimos anos, que esse tipo de trabalho vem se ampliando cada vez mais, possibilitando intervenções no campo da deficiência mental, drogadição, alcoolismo, depressão pós-parto, casos de acidentados que necessitam de um apoio domiciliar especializado, recuperações cirúrgicas, terceira idade e também em casos onde há uma recusa e/ou contra indicação de um trabalho terapêutico no consultório [...] (BARRETO 2000, p. 18).

Além do Acompanhamento ousar romper as paredes institucionais e tomar a rua e outros espaços sociais como *setting* terapêutico, rompe o paradigma biomédico de foco na doença e passa a ocupar-se da existência do indivíduo como um todo. Nesse sentido, Rotelli (1990, p.28) adverte: “O mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a *doença*, da existência global e complexa dos usuários e do corpo social [...]”.

Os questionamentos à concepção de doença da psiquiatria estendem-se também à necessidade de desconstrução da clínica. É quando Amarante (1989, p.59) observa a necessidade de transformação da clínica na sua estrutura, ressaltando que a relação a ser estabelecida não é com a doença, mas com o sujeito da experiência.

Pensar uma proposta de relação com o sujeito da experiência remete, invariavelmente, a uma nova concepção de clínica, a clínica ampliada. Destaca-se, na clínica ampliada, algumas características que a distingue das demais e que se considera mais representativas nesse contexto: o caráter processual, a presença e articulação dos eixos político e clínico e o modo em si de operar.

A clínica ampliada implica aprendizado permanente e construção de formas próprias de ser e fazer, o que lhe atribui um caráter processual e multidisciplinar.

Outra marca muito própria desse modelo de clínica é a existência de dois eixos, um eixo político e um eixo clínico, os quais devem articular-se permanentemente. Nesse sentido, passam a estar presentes e serem trabalhadas as distintas dimensões humanas. Na dimensão subjetiva, o sujeito sendo ouvido e sustentado no seu estado de ser em falta, conflito, angústia;

na biológica, sendo atendido e assegurado naquilo que estiver comprometido organicamente e enquanto cidadão, sendo preservados os seus direitos à habitação, ao trabalho, a uma existência digna.

A terceira característica própria desse modelo de clínica diz respeito a quem a faz, no sentido de que o desejável seria não haver domínio de teorias ou correntes, assim como que o indivíduo, diante da atividade clínica, pudesse superar a condição de ser apenas um técnico, de fazer tão somente clínica. Nessa condição, está preservada a consciência de que estão presentes em cena rupturas conceituais, técnicas, políticas jurídicas e sociais. Dessa forma, passam a ser construídas novas relações entre a sociedade e a loucura.

Constata-se que o AT traz em si características inerentes ao modelo de clínica ampliada, (GOLDBERG, 1994; BEZERRA, 1996; CAMPOS, 2001)³ à medida em que é um processo que exige um fazer e refazer permanente, a partir do que se apresenta como necessidades e possibilidades do Acompanhado. Da mesma forma, contempla uma dimensão político-institucional, à medida em que promove a cidadania e uma dimensão clínica, à medida em que abre espaços ao sujeito para falar, ouvir e dar sentido à loucura. Quanto ao fazer, constata-se que a sua base teórica não é exclusiva de determinada corrente, ainda que haja uma maior produção de base psicanalítica, conforme Carvalho (2004).

Segundo Amarante (2003), um dos aspectos bastante discutidos em relação à clínica no contexto da Reforma Psiquiátrica, até mesmo sob forma de crítica as idéias de Basaglia⁴, é o fato das experiências nesse contexto privilegiarem as transformações sociais, descuidando-se da clínica.

Em se tratando do Acompanhamento Terapêutico, dadas as suas características de “clínica do cotidiano”, de fato, parece ganhar maior visibilidade a dimensão político institucional. Da mesma forma, constata-se que, na revisão da literatura realizada, essa vem sendo a dimensão privilegiada. Todavia, torna-se imprescindível dispor de saberes oriundos da clínica que norteiem a intervenção do Acompanhante Terapêutico, conforme constatado no depoimento de Daniel Vaz Smith, integrante do projeto de AT na rede pública, quando de sua entrevista à Palombini (2004, p. 73):

Quando não reconhecemos o espaço e tempo de inscrição do outro, temos uma sensação que pode ser comparada à de desespero e perplexidade que sentimos diante de um espelho quebrado que refrata a luz em mil cores e tons. Imagens refratárias, jogos de sombra e luz, algo fantasmagórico nos assombra diante dessa situação. Temos a sensação de um estranhamento. Poder vislumbrar alguma coerência num

³ Autores citados no Projeto Atenção Psicossocial em Saúde Mental – Núcleo da Saúde -Unisul – maio/2006. Trabalho disponibilizado pelo prof. Orientador Fernando Brandalise. Apostila não publicada.

⁴ Franco Basaglia é psiquiatra, criador do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, considerado um dos inspiradores da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

caleidoscópio caótico, perceber suas linhas de sustentação através de uma “escuta” que possa conduzir, como diz a psicanalista Ana Maria da Costa, ‘aos registros heterogêneos do psicótico sem traduzi-los para formatos espaços-temporais dos neuróticos’, tem sido, desde o início do acompanhamento terapêutico, um desafio para mim.

Considera-se que o quadro vivenciado por esse Acompanhante Terapêutico não se apresenta como uma realidade isolada no contexto do AT, sendo reconhecido que “o enfrentamento desse desafio constitui o exercício propriamente clínico do AT”. (PALOMBINI, 2004, p. 73).

O enfrentamento desse desafio é o que se propõe esta pesquisa, quando se busca investigar:

Como os conceitos psicanalíticos de D. W. Winnicott de *Holding*, Manejo e *Placement* podem fundamentar ética e tecnicamente o Acompanhamento Terapêutico de um usuário de CAPS com diagnóstico de esquizofrenia paranóide?

1.2 JUSTIFICATIVA

Deparar-se com o estado de não saber e a exigência de desaprender, se, por um lado, pode reportar a um estado de *sapiência* - implicando uma condição de “nenhum poder, pouco saber e sabedoria e o máximo de sabor possível,” conforme assinala Barthes - reporta, invariavelmente, à constatação da limitação e do desejo humano, verdadeiros motores impulsionadores na busca pela vida, nas suas mais diversas manifestações, neste contexto a do conhecimento científico, do outro e talvez de si mesmo.

Há uma idade em que se ensina o que se sabe; mas vem em seguida outra, em que se ensina o que não se sabe: isso se chama pesquisar. Vem talvez agora a idade de uma outra experiência, a de desaprender, de deixar trabalhar o remanejamento imprevisível que o esquecimento impõe à sedimentação dos saberes, das culturas, das crenças que atravessamos. Essa experiência tem, creio eu, um nome ilustre e fora de moda, que ousarei tomar aqui se complexo, na própria encruzilhada de sua etimologia: *sapientia*: nenhum poder, um pouco de saber, um pouco de sabedoria, e o máximo de sabor possível. (BARTHES, apud GOLDENBERG, 1997, p. 8).

Portanto, a escolha do tema objeto deste trabalho realizou-se a partir das duas vias assinaladas pelo autor, como o desejo e a falta.

No plano individual, a experiência vivenciada na disciplina e no estágio em Saúde Mental Coletiva, no Curso de Psicologia, revelou a necessidade de ampliação do referencial teórico de que até então se dispunha, no que tange a compreensão da constituição, funcionamento e formas de intervenção sobre o psiquismo num quadro de esquizofrenia, especialmente, acerca do Acompanhamento Terapêutico, enquanto modalidade de clínica ampliada.

A relevância científica é sublinhada por Safra (2006)⁵, quando adverte haver a necessidade de paradigmas para a fundamentação ética e teórica do Acompanhamento Terapêutico, de modo a caracterizar-se uma prática realizada com rigor. Necessidade esta corroborada pela experiência, quando da participação na disciplina e no estágio em Saúde Mental Coletiva.

A psicose, em geral, e os quadros de esquizofrenia, em especial, apresentam-se como um fenômeno complexo a ser trabalhado, e, como tal, à medida em que forem ampliadas as investigações de novos dispositivos de tratamento, espera-se que sejam vislumbradas outras perspectivas existenciais para os indivíduos que vivenciam esse sofrimento psíquico. A seguir, o autor discorre sobre essa complexidade:

Uma intervenção psiquiátrica não dá conta da clínica das psicoses. As sessões semanais de psicanálise também não. Abordagens isoladas não criam a sustentação necessária para uma terapêutica das psicoses. Nossa prática cotidiana foi nos mostrando a necessidade de encarar o tratamento da psicose dentro de uma rede, em que cada campo terapêutico tem um lugar fundamental em si mesmo e, paralelamente um lugar relativo aos outros pontos da trama. (CARROZZO, 2001, apud CAUCHICK, 2001, p. 11).

Dessa forma, haveria uma ampliação nas modalidades de intervenção psicoterapêutica, a qual se faz necessária a partir das especificidades próprias da psicose, as quais não encontram correspondência na clínica das neuroses. Nesse sentido, os ganhos científicos a partir desta pesquisa se refletem na obtenção de referenciais teórico-práticos que fundamentem o AT enquanto uma modalidade clínica de tratamento da esquizofrenia.

Coerente com a visão de rede que o autor propõe, em que cada campo ocupa um lugar fundamental em relação a si e aos outros pontos, estaria o Acompanhamento Terapêutico atuando como modalidade clínica que intervém na subjetividade do acompanhado.

No campo social, passa-se a vislumbrar possibilidades de contribuir para o processo de transformação da representação social da loucura, a qual, historicamente, reserva àquele que vive o sofrimento psíquico um lugar à margem, carregando consigo o estigma, a

⁵ Psychê - Revista de Psicanálise

segregação, o abandono social, o que, muitas vezes, tem o seu início no grupo primário - a família - e amplia-se pelos grupos sociais como um todo.

Nessa direção, surgem, igualmente, maiores possibilidades de reinserção social. Conforme Carvalho descreve o AT: “[...], dentre as suas características, mais marcantes estão o resgate e a promoção da circulação do paciente pela cidade, construindo ou simplesmente explorando redes sociais preexistentes [...]”. (CARVALHO, 2001, p. 23).

Nesse sentido, a circulação pela cidade, assim como a construção ou exploração de redes sociais, são ações extremamente significativas em direção à ampliação dos níveis de autonomia do acompanhado. Entende-se por autonomia não um estado de auto-suficiência ou independência, haja vista que, na condição de seres sociais inseridos na cultura, a existência do indivíduo se faz a partir das relações e trocas sociais que são estabelecidas ao longo da sua trajetória. Nesse sentido, a condição de dependência é própria do homem e, assim sendo, paradoxalmente, a autonomia passa a estar relacionada aos níveis de dependência. “Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas coisas pudermos ser, pois isso amplia as nossas possibilidades de estabelecer normas, novos ordenamentos para a vida” (KINOSHITA, 2001, p. 57).

Isso se aplica a distintos campos da existência; é o que Saraceno (1996) denomina de cenários, afirmando que todos os sujeitos atuam em três cenários: o cenário habitat, o cenário mercado e o cenário de trabalho.

É sabido que os quadros de psicose afetam consideravelmente as possibilidades existenciais de uma pessoa, provocando um estreitamento nos seus campos de atuação. No cenário mercado e no cenário trabalho, configura-se um empobrecimento nas trocas sociais, assim como, dependendo das condições sócio-econômicas, até mesmo uma inviabilização profissional. De modo geral, a interação social fica um tanto quanto prejudicada, quer seja pelos estigmas da doença que os acompanha, quer seja pelas dificuldades de colocarem-se num universo neurótico e responderem a essa lógica. No cenário habitat, é sabido que o sistema familiar como um todo é afetado em alguma medida pelo que se passa com cada um dos seus membros, sendo a presença de um quadro psicótico um desafio a ser enfrentado não somente para o indivíduo em si, mas igualmente para a família como um todo.

Parte desse desafio se estende também à sociedade, a qual não há como isentar-se da sua parcela de responsabilidade na constituição da subjetividade humana, a qual é afetada diretamente pelo seu contexto.

Nesse sentido, Safra (2006)⁶ posiciona-se de forma veemente, quando declara não acreditar em indivíduos recortados da cultura, cuja subjetividade seja construída somente a partir de sua interioridade. Para ele, a análise tem que responder aos fundamentos da condição humana e à constituição da subjetividade. O que é um grande desafio e leva a fazer uma interação continua entre o que se assiste como maneiras de ser, formas de sofrimento psíquico, procedimentos clínicos e mal estar cultural.

A partir daí, o autor observa ser muito significativo que todo o trabalho de Freud com o psíquico se relacionasse com o desejo e a sexualidade na época vitoriana, assim como os trabalhos de Melanie Klein, enfocando a destrutividade, surjam no contexto da grande guerra. Assinala que, nos últimos 30 anos, há transformações significativas no mundo, que afetam intensamente as formas de subjetivação humana.

1.2 OBJETIVOS

O objetivo geral e os objetivos específicos a seguir nortearão a pesquisa em questão, cabendo a ressalva de que, dada a amplitude do tema, não há nenhuma pretensão em esgotá-lo; quando muito, dar início a uma investigação a partir da qual muitas outras poderão se fazer possíveis.

1.3.1 Objetivo Geral

- Investigar os conceitos de *Holding*, *Manejo* e *Placement* como aportes que fundamentam ética e tecnicamente o Acompanhamento Terapêutico, num caso de esquizofrenia paranóide.

⁶ Desafios da Clínica Contemporânea: interpretação ou intervenção. Palestra proferida no Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro em 13 de maio de 2006.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Compreender a teoria psicanalítica de D. W. Winnicott sobre a constituição do psiquismo e o desenvolvimento emocional primitivo;
- identificar os pressupostos teóricos que fundamentam a prática do AT;
- caracterizar a prática do AT num caso de esquizofrenia paranóide, a partir dos conceitos clínicos de *Holding*, Manejo e *Placement*.

2 MARCO TEÓRICO

A revisão bibliográfica considerada base da pesquisa compreende: a Reforma Psiquiátrica no Brasil; o Acompanhamento Terapêutico; a Teoria do Desenvolvimento Emocional Primitivo, em Winnicott, cruzada, em muitos aspectos, com a leitura de Gilberto Safra, especialmente em sua compreensão para além da relação mãe/bebê, resgatando a amplitude da contribuição de Winnicott acerca do psiquismo humano. A partir daí, é abordada a gênese da psicose, focalizando especialmente a esquizofrenia e, por fim, os conceitos de *Holding*, *Manejo e Placement* aplicados ao AT.

A Reforma figura nesse contexto, enquanto movimento que consolidou o AT e, a partir daí, fazem-se as interrelações entre esta e o AT.

Em se tratando de um quadro de sofrimento psíquico, torna-se imprescindível conhecer os elementos determinantes na constituição do psiquismo humano, assim como o que se dá quando o humano não se constitui. A partir daí, passa a estar em foco a gênese da psicose, com ênfase na esquizofrenia, diagnóstico psiquiátrico do sujeito da pesquisa. Por fim, são apresentados os conceitos de *Holding*, *Manejo e Placement*, enquanto possibilidade de um referencial teórico e estratégico para embasamento da experiência de AT em questão.

2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Imagine-se, agora, um homem a quem lhes são tirados, junto com seus entes queridos, sua casa, seus costumes, suas vestes, tudo enfim, literalmente tudo o que possui: será um homem vazio, reduzido a sofrimento e carência, alheio à dignidade e ao discernimento, pois a quem tudo perdeu facilmente ocorre perder a si mesmo. (LEVI, 1966, apud BASAGLIA, 2005, p. 35).

Foi a existência desse homem vazio, sofredor, sem dignidade e discernimento, que tudo perdeu, prestes a perder a si próprio, que provocou a estranheza, a inconformidade, o questionamento de alguns. Foi esse homem que deu origem ao movimento da Reforma Psiquiátrica, na esperança de que ainda houvesse tempo dele não se perder de si mesmo.

Em 06 de abril de 2001, é sancionada a Lei da Reforma Psiquiátrica, lei 10.216, a partir da qual o processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica inaugura um dos mais

significativos momentos históricos, no que se refere a novas concepções e estratégias de tratamento da loucura.

O início do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira se deu entre 1978 e 1980. A reforma propriamente dita aconteceu através de três momentos, também identificados por trajetórias: Alternativa, Sanitarista e Desinstitucionalização (AMARANTE, 1995).

A Trajetória Alternativa acontece no período de 1976 a 1979, tendo como marco a constituição de órgãos eleitos enquanto importantes problematizadores do descontentamento popular – década de 70 - quando, com o fim do “milagre econômico” e o conseqüente processo de distensão e abertura democrática, cresce o descontentamento popular, aumentando a insatisfação político dos cidadãos.

A partir daí, surgem os questionamentos sobre a estrutura e organização do poder, as políticas sociais e econômicas, bem como as condições cotidianas de vida e trabalho. Dessa forma, sistematizam-se as primeiras denúncias sobre violência, ausência de recursos, negligência e uso da psiquiatria como instrumento técnico científico de controle social. Como decorrência, é construído o perfil epistemológico do processo da reforma psiquiátrica brasileira. (AMARANTE, 1995).

Em 1980, o Estado incorpora parte considerável dos integrantes dos movimentos sanitário e psiquiátrico na tentativa de induzir mudanças no sistema de saúde, assim como de absorver o pensamento crítico no interior de suas políticas e obter legitimidade, minimizando os problemas agravados por uma política de saúde privatizante, custosa e elitista. (AMARANTE, 1995).

Em 1983, é desenvolvido o plano de reorientação da assistência psiquiátrica, gerando ações integradas de saúde, que criaram o Sistema Único de Saúde – SUS. Em 1987, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental, começando, a partir daí, a Trajetória da Desinstitucionalização. (AMARANTE, 1995).

Segundo Fahah e Barboza, (2000) em 1989, há um estímulo à discussão sobre a loucura em todo país, a partir do projeto lei 3657/89, que propõe a redução do número de leitos psiquiátricos, tempo de permanência hospitalar e número de internações. Nesse contexto, há um aumento do número de altas hospitalares, do número de serviços ambulatoriais, hospitais-dia, centros de convivência, entre outros tipos de atendimento, nos quais mais recentemente, podemos incluir o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

Os autores consideram o CAPS um serviço comunitário com o propósito de cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial, os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência.

Os princípios básicos do CAPS são: se responsabilizar pelo acolhimento de 100% da demanda dos portadores de transtornos severos de seu território, garantindo a presença de profissional responsável durante todo o período de funcionamento da unidade, em forma de plantão técnico e criar uma ambiência terapêutica acolhedora no serviço que possa incluir usuários muito desestruturados.

Conforme Fahah e Barboza, (2000) a atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social. Devem, ainda, trabalhar com a idéia de gerenciamento de casos, personalizando o projeto de cada usuário na unidade e fora dela e desenvolver atividades para a permanência diária no serviço.

Os projetos terapêuticos do CAPS devem ser singulares, respeitando-se diferenças regionais, contribuições técnicas dos integrantes de sua equipe, iniciativas locais de familiares e usuários e articulações intersetoriais que potencializem suas ações.

A Trajetória da Desinstitucionalização tem como marco inicial o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental – Bauru / SP, cujo lema foi: “por uma sociedade sem manicômios” e como resultado a instituição do Dia Nacional de Luta Antimanicomial. A partir daí, a estratégia eleita é da necessidade de desinstitucionalizar, desconstruir, construir no cotidiano novas formas de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico. (AMARANTE, 1995).

A partir desse cenário, propõe-se um modelo para operacionalização da reforma psiquiátrica, através das dimensões denominadas: Epistemológica, Técnico-Assistencial, Jurídico-Política e Sócio-Cultural (AMARANTE, 2003, p. 32).

A primeira dimensão refere-se ao campo epistemológico ou teórico-conceitual, estando situada no campo da produção de saberes e conhecimentos que fundamentam e legitimam o saber médico-psiquiátrico, substituindo o paradigma doença-cura pelo paradigma existência-sofrimento, em que o indivíduo é o centro e não o seu diagnóstico.

A dimensão Técnico-Assistencial compreende o modelo assistencial decorrente da dimensão epistemológica definida. Nessa dimensão, está presente o campo de atenção psicossocial.

[...] uma rede de novos serviços: espaço de sociabilidade, de trocas em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades, [...] rompendo com as práticas disciplinares, aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos. (AMARANTE, 2003 p. 32).

A dimensão Jurídico-Política institui noções afetas às relações sociais e civis. Trata da extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas. Também inclui leis que

regulam serviços substitutivos e que buscam possibilitar aos usuários o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social.

A dimensão Sociocultural é a que se ocupa fundamentalmente em transformar o lugar social da loucura, onde está centrado o objetivo maior da Reforma. Visa “[...] transformar o imaginário social relacionado com a loucura, a doença mental e a anormalidade, passando pelas distinções de doença mental, loucura, desrazão, até chegar ao conceito de existência-sofrimento” (AMARANTE, 2003, p. 33).

A partir daí, constata-se que se opera efetivamente uma transformação na concepção até então existente sobre a loucura, abrindo-se espaços para novas percepções e práticas na sua abordagem. Enfim, transparece objetivamente uma ruptura com concepções passadas e dá-se, de fato, uma mudança de paradigmas.

2.2 BREVE HISTÓRICO DO AT

Os loucos não mais isolados nos manicômios, entre muros e distâncias, poderão experimentar a possibilidade de trilhar novos percursos pela cidade. Mas como o farão, diante das crises intensas que provocam bloqueios psicóticos, apresentando dificuldades de realizar encontros com os outros e com o mundo? Acompanhados. (CAUCHICK, 2001, p. 30).

Inicialmente, algumas definições de Acompanhamento Terapêutico:

“[...] prática anti-segregação em que se tenta minimizar os efeitos da estigmatização das pessoas em dificuldade pela própria forma de intervenção [...]”. (Pitiá, 2005 p. 60)

[...] clínica que acontece no cotidiano, nos mais variados espaços e contextos. Entre as suas características mais marcantes, estão o resgate e a promoção da circulação do paciente pela cidade, construindo ou simplesmente explorando redes sociais preexistentes [...] (CARVALHO, 2001 p.23).

“O essencial é que a solidão desses pacientes, seu desamparo e sua loucura possam encontrar meios de se exprimir sem que se procure dar-lhes sentido prematuramente.” (BERGER, 1997 p.9).

Conforme já referenciado, o Acompanhamento Terapêutico ganha espaços e legitimação a partir da Reforma Psiquiátrica, sendo reconhecido como um importante dispositivo clínico para tratamento do sofrimento psíquico, alinhado aos princípios e

estratégias preconizadas pela Reabilitação Psicossocial. O que é assim enfatizado por Bertolote:

Reabilitação Psicossocial é fundamentalmente um processo de remoção de barreiras que impedem a plena integração de um indivíduo na sua comunidade e de barreiras que impedem o pleno exercício de seus direitos de cidadania. Há, portanto, uma importante zona de intersecção entre a Reabilitação Psicossocial e o Acompanhamento Terapêutico. (BERTOLOTE, 2000 apud CARVALHO, 2001, p. 25).

O Acompanhamento Terapêutico revela-se não somente como uma prática que ultrapassa os muros dos hospitais psiquiátricos, tomando a rua como o seu cenário principal, mas, também, como uma clínica que dá voz à loucura, abrindo espaços para a singularidade do sujeito.

O AT é um modelo de intervenção clínica, que se dá no cotidiano. Envolve a dupla, Acompanhante Terapêutico e Acompanhado, tradicionalmente destinado a sujeitos que estejam numa condição de sofrimento psíquico que transcenda o problema orgânico em si, caracterizando um isolamento social que necessite de intervenção e acompanhamento, visando a auxiliar o acompanhado na reconstrução das relações sociais e afetivas, na retomada dos laços sociais. Entretanto, cada vez mais se amplia a utilização do AT, não mais estando restrita a sua aplicabilidade somente a quadros de grave sofrimento psíquico, tornando-se até mesmo reconhecido como uma ação de caráter profilático.

Muito embora a origem do AT esteja relacionada ao tratamento das psicoses, a sua aplicabilidade vem se ampliando muito. Pode beneficiar também pessoas idosas, deprimidas, drogaditos, enfim, todo àquele que padece de um sofrimento que o esteja incapacitando para a convivência social, para as trocas, limitando seus níveis de autonomia e levando-o ao isolamento social.

Trata-se de uma modalidade de intervenção caracterizada, não exclusivamente, mas predominantemente, pela circulação nos espaços físicos e sociais, nas relações, no cotidiano do sujeito como um todo.

Conforme Palombini (2004, p. 144), o Acompanhamento traz, em sua essência, a própria clientela à qual se destina, à medida em que se propõe a “[...] acompanhar os sujeitos em momentos cruciais de sua jornada, do isolamento à possibilidade de construção de laços sociais, desvelando a potência desejante de cada um, o tempo, o ritmo [...]”.

Conforme Carvalho (2004), o Acompanhamento Terapêutico surgiu nos anos 70 sob influência da Argentina, propagando-se no Brasil, inicialmente no Rio de Janeiro, Porto Alegre e São Paulo. Em sua genealogia, estiveram presentes as denominações de “amigo

qualificado” e de “auxiliar-psiquiátrico”, sendo que distintas características marcaram cada uma, o “amigo qualificado”, a amistosidade do vínculo, o “auxiliar psiquiátrico”, a proteção, vigilância e contenção.

O que distingue o Acompanhante Terapêutico das modalidades anteriores é o acolhimento, a escuta e o cuidado. Constata-se, ao longo do tempo, que as mudanças foram muito além da nomenclatura, implicando uma maior complexidade da função.

Inicialmente, a habilidade exigida do Acompanhante era a de ser amigoso para com o Acompanhado, depois disso, de exercer formas de controle, pela via da proteção, da vigilância ou até mesmo da contenção. Num terceiro momento, caem por terra os investimentos na amistosidade e no controle e percebe-se que somente através do acolhimento, da escuta e do cuidado é que se está efetivamente Acompanhando. Assim como é na qualidade da interação entre Acompanhante e Acompanhado que se dá o espaço de intercâmbio e as transformações.

Investido dessas condições, o Acompanhante exerce a sua função, ora tão simples e agradável que, muitas vezes, leva-o a questionar-se se de fato o Acompanhamento Terapêutico é um trabalho, e, indo um pouco além, se é um trabalho que de fato requer uma formação especial. O que Barreto (2000, p. 30) bem observa, quando compartilha:

O AT, aparentemente, oferece um limite muito tênue entre trabalho e lazer... [...] Dessa forma, são incontáveis as situações e momentos em que surgiram a dúvida: será que estou trabalhando? Será que isso é um trabalho sério? Esta é minha própria loucura tomando conta de tudo, ou estou podendo lidar com ela e a do outro?

Paradoxalmente, uma função tão complexa que, muitas vezes, leva-o a questionar-se se de fato está preparado para uma atuação radicalmente desestruturada, a qual exige dele, enquanto Acompanhante, a cada novo momento, lançar-se na experiência em que está se revelando e descobrir a melhor forma de se conduzir. Nesse sentido, há uma desapropriação de um saber instalado e o desafio de construir o saber adequado a cada nova situação que surge, em que o elemento de maior constância é a imprevisibilidade, o inusitado.

O que parece estar em cena, nessa teia que mescla fios de simplicidade e complexidade, é o que Carvalho (2004) muito bem observa como ausência de um padrão preestabelecido, uma flexibilidade radical, ilustrando a partir de Morin :

A grande questão, portanto, é esta: combinar o simples e o complexo. Quando a simplicidade não funciona mais é preciso passar ao elo, à espiral, a outros princípios do pensamento. Temos, assim, a revolução que diz respeito a um grande número de ciências e que substitui a incerteza pelo jogo do certo e do incerto, do separável e do inseparável . (MORIN, 1999 apud CARVALHO, 2004 p. 49).

Consolidando-se o Acompanhamento Terapêutico na esteira da Reforma Psiquiátrica, não é de causar estranheza que exija àquele que trabalhar com esse novo dispositivo clínico a

sabedoria estratégica exigida a um revolucionário, e, nesse sentido, consiga substituir a incerteza pelo jogo do certo e do incerto, do separável e do inseparável. Talvez seja essa a previsibilidade única que uma clínica do cotidiano possibilite.

2.3 A CONCEPÇÃO DE WINNICOTT SOBRE A CONSTITUIÇÃO DO PSIQUISMO

Neste espaço, estará sendo discutida a relação entre psicanálise e Acompanhamento Terapêutico, com ênfase na perspectiva teórica de Winnicott sobre a constituição do psiquismo.

“A psicanálise é uma prática delirante, porém é o melhor que temos atualmente para conseguirmos alguma paciência com essa situação incômoda de ser homem”. (LACAN, 1980, apud TUNDIS e COSTA, 2000, p. 207).

Tanto a Reforma Psiquiátrica, o Acompanhamento Terapêutico, como a Psicanálise, parecem *ter em comum o interesse por esse incômodo inerente à condição humana*, ao qual Lacan se refere, representado pelo sofrimento psíquico. A Reforma Psiquiátrica, na forma de compreender, significar e cuidar da loucura; o Acompanhamento Terapêutico, na forma de conceber, de intervir e acompanhar a psicose; o AT e a Psicanálise, na forma de investigar, teorizar, cuidar e tratar o sujeito.

Constata-se, também, que além do interesse em comum, todos parecem assumir uma postura “subversiva” frente ao estabelecido. A Reforma Psiquiátrica, quanto à concepção da loucura; o Acompanhamento Terapêutico, quanto às formas tradicionais de clínica; a psicanálise, quanto à soberania da consciência, determinando a existência humana. Nesse sentido, muito representativa a conclusão a que chega Carvalho (2004, p. 37), quando, interrogando-se sobre o que tornaria tão relevante o diálogo entre AT e Psicanálise, conclui: “Talvez o caráter subversivo de ambos [...]”.

Muito provavelmente, esse seja um ponto de comunhão significativo, que dá condição a uma atuação integrada e consistente, ainda que em campos aparentemente distintos.

A psicanálise vem sendo apontada, na literatura pesquisada sobre Acompanhamento Terapêutico, como a principal referência teórica, entretanto, há, em número mais reduzido, experiências fundamentadas em outras referências teóricas.

Contudo, parece tornar-se imprescindível creditar à psicanálise o que lhe é de direito, e isso é reconhecido no âmbito da atenção psicossocial, por Amarante, ao expor as quatro

dimensões essenciais da Atenção Psicossocial e ao abordar uma delas, “Concepção do Processo Saúde-Doença e dos Meios Teórico-Técnicos”, quando enfatiza ser necessário para lidar com esse processo:

[...] determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; os conflitos devem ser considerados tanto constitutivos do sujeito, quanto contingentes a sua situação, portanto, não são necessariamente removidos como efeito das ações terapêuticas; tratamento da demanda e não tratamento dos sintomas; clínica da escuta e da criação de si e não clínica da retomada do estado anterior às crises; tomada do sujeito como sujeito e não tomada do sujeito como objeto [...] Exigências: [...] clínica ampliada e transdisciplinar - Psicanálise, Materialismo Histórico, Filosofia da Diferença – e não clínica psiquiátrica/psicológica. (AMARANTE, 2003, p. 37).

A partir daí, torna-se muito representativa a contribuição, que é exclusiva da psicanálise, no que tange o sublinhado pelo autor, *tratamento da demanda, clínica da escuta*, assim como *tomada do sujeito como sujeito*.

A teoria do desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott, 1952, analisa e condiciona a influência da provisão do ambiente na constituição psíquica e na saúde do indivíduo, muito embora o reconhecimento dessa influência, atualmente, pareça óbvio, Winnicott esclarece a complexidade deste processo desde um estado primitivo do desenvolvimento.

Historicamente, até por volta de 1950, a tendência das investigações no campo da psicanálise estava mais voltada para a exploração do indivíduo e seu mundo interior, havendo um enfoque, predominantemente, da realidade psíquica do mundo interno do sujeito. Dessa forma, é creditado a Winnicott o reconhecimento das primeiras constatações de que o indivíduo primitivamente não tem existência em si mesmo, sendo que essa somente se dá a partir da relação com o outro também no mundo externo, real. Conferindo ao objeto externo uma função estruturante do mundo interno.

Safra (2004) sublinha a contribuição singular de Winnicott :

Winnicott, no campo psicanalítico, enfocou, primordialmente, não tanto o fenômeno psíquico, mas o que seria a condição mesma do aparecimento deste. Ele realizou sua obra, mostrando que determinadas situações são condições necessárias para que a experiência de ser e o estabelecimento de si mesmo pudessem vir a acontecer. Enfatizou a importância da presença do encontro originário, que possibilita o sentido de si mesmo. Uma contribuição importante de seu pensamento à Psicanálise foi a de apontar que o trabalho com as questões psíquicas teria de ser precedido pelo acontecimento, que possibilita ao indivíduo um início de si. É preciso ser, para então desejar e relacionar-se.[...] .Com suas formulações sobre as agonias impensáveis, decorrentes da queda do indivíduo no não-ser, mostrou-nos a existência de sofrimento anterior às chamadas ansiedades de aniquilação. É preciso existir para sofrer a aniquilação. Cair no não-ser é mais terrível do que ser aniquilado. A Aniquilação implica algum sentimento de unidade. [...] Com seu trabalho, Winnicott mostrou-nos que o ser humano necessita da presença de um

outro, que o receba ao nascer. Sendo o ser humano pura precariedade, necessita de um outro que o recepcione no mundo e que lhe oferte cuidado.[...] (SAFRA, 2004, p. 39).

É a partir da consagrada afirmação de Winnicott (1952): ‘*Isso que chamam de bebê não existe*’, que é inaugurada a descoberta da estrutura ambiente-indivíduo, relatada em seu texto *Anxiety Associated With Insecurity*:

... se me for apresentado um bebê, certamente também me será apresentado alguém que cuida desse bebê, ou ao menos um carrinho de bebê com os olhos de alguém grudados nele. Podemos entrever os cuidados próprios a esse par (...) antes das relações objetais o estado das coisas é este: a unidade não é o indivíduo, A unidade é a estrutura ambiente-indivíduo. O centro de gravidade do ser não se coloca no indivíduo, mas sim no todo da estrutura (WINNICOTT⁷, 1952, apud ABRAM, 2000, p. 26).

Dessa descoberta, decorre uma verdadeira concepção de homem, a partir da qual não haveria mais como reconhecer o indivíduo sem a existência e presença de um outro.

Portanto, esse passou a se constituir um dos princípios básicos da obra de Winnicott, no que diz respeito à condição precípua para a constituição do psiquismo.

A par desse princípio, há outro de extrema importância, designado como *Experiência de Ilusão*. Esta consiste numa experiência fundamental para o desenvolvimento do bebê, e situa-se posteriormente numa dimensão⁸ do viver, que não depende nem da realidade interna, nem da externa; mais propriamente, é o espaço onde ambas se encontram e separam o interior, *self*⁹ do exterior, objeto. Assim, o objeto é, ao mesmo tempo, criado e encontrado na realidade, se articulando-se à fantasia inconsciente e à percepção da realidade.

Conforme Mijolla (2002), Winnicott descreveu o *self* em termos de organização psicossomática que emerge progressivamente da não integração primária. Nesse sentido, é atribuído ao *self* o sentimento da realidade, da continuidade e do ritmo da vida psíquica. A partir da experiência clínica, Winnicott estabeleceu a diferença entre um *verdadeiro* e um *falso self*. O *verdadeiro self* assegura a continuidade da vida psíquica, enquanto que o *falso self* é estruturado a partir das *falhas* do ambiente em atender suas demandas e levam o bebê a interromper o *vir-a-ser*, o *gesto espontâneo* e a defender-se da intrusão criando condutas que assume, ao longo da trajetória de cada um, uma função de proteção do *verdadeiro self*.

⁷ Collected Papers: Through Paediatric to Psycho-Analysis. London: Tavistock, 1958. New York: Basic Books, 1958. Reprinted as *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London: Hogarth Press & the Institute of Psycho-Analysis, 1975. Reprinted London: Karnac Books, 1992.

⁸ Na obra de Winnicott são adotados distintos termos para referir-se a essa dimensão, como: terceira área, área intermediária, espaço potencial, local de repouso e localização da experiência cultural.

⁹ *Self*, refere-se a como o indivíduo se sente subjetivamente, sendo reconhecido que “sentir-se real” é condição precípua para o indivíduo colocar-se no centro do sentimento de *self* – sentimento de identidade.

Dessa forma, pode-se reconhecer, no *verdadeiro self*, a presença da saúde, autenticidade e vitalidade, estando sempre escondido no todo ou em parte; por outro lado, pode-se reconhecer, no *falso self*, uma adaptação dócil às intrusões¹⁰ do meio ambiente.

Winnicott (1983) observa que o conceito de *falso self* deve ser contrabalançado por uma formulação do que poderia ser denominado *self verdadeiro*. O *falso self* está num espectro de diferentes graduações em cada indivíduo, conforme seu desenvolvimento, que vai da saúde à patologia. O *falso self* é também uma parte necessária da personalidade, para proteção do *verdadeiro self*.

Esclarece que, no estágio inicial de desenvolvimento, o *self verdadeiro* é a posição teórica de onde vem o *gesto espontâneo*, sendo este o *self verdadeiro* em ação. Adverte que somente o *self verdadeiro* pode ser criativo e se sentir real. Já, o *falso self*, resulta em uma sensação de irrealidade e em um sentimento de futilidade. Quando bem sucedido em sua função, o *falso self* oculta o *self verdadeiro*, contudo, poderá igualmente encontrar uma maneira para possibilitar ao *self verdadeiro* começar a existir.

Em *A Face Estética do Self*, Safra (2005, p. 39) faz as devidas distinções entre *self*, *eu* e *ego*:

Diferencio o *self* do *eu*. Compreendo o *self* como uma organização dinâmica que possibilita a um indivíduo ser uma pessoa e ser ele mesmo. Trata-se de uma organização que ocorre dentro do processo maturacional, com a facilitação de um meio ambiente humano. A cada etapa desse processo, há uma integração cada vez mais ampla decorrente das novas experiências de vida. O *eu* seria, para mim, um campo representacional que possibilita ao indivíduo uma identidade nas dimensões do espaço e do tempo. É importante ressaltar que nem o *self* e nem o *eu* confundem-se com o *ego*, que é uma das instâncias intrapsíquicas de caráter funcional, articulador das demandas do id, do superego e da realidade.

Winnicott (1983) demonstra a participação da figura materna em relação ao falso e ao verdadeiro *self*, nos diferentes estágios do desenvolvimento emocional. Observa que quando a mãe não é *suficientemente boa*, não é capaz de complementar a onipotência do bebê, falhando repetidamente não somente na sua função de satisfazer o *gesto* da criança, como substituindo-o pelo seu próprio *gesto*, o qual deve ser validado pela submissão do bebê. Dessa forma, a submissão torna-se o primeiro estágio do *falso self*. Em contrapartida, o *verdadeiro self* é resultante do êxito da mãe em responder ao *gesto espontâneo* ou *alucinação sensorial* do bebê – Fase de Dependência Absoluta.

¹⁰ Conforme Abram (2000), *Intrusão* nesse contexto, significa aquilo que segundo Winnicott, é derivado essencialmente do ambiente e interrompe a continuidade do ser do bebê. Frente ao que ele poderá ou não ter condições de enfrentamento, de acordo com o suporte recebido.

Retomando a questão da *Experiência de Ilusão*, constata-se, em Winnicott (1975), que o ser humano relaciona-se desde o nascimento com o que é objetivamente percebido e com aquilo que é subjetivamente concebido. Frente a essa realidade, não é possível a saúde para aquele que não tenha sido apresentado ao mundo por uma *mãe suficientemente boa*, que foi capaz de *iludir* o bebê na sua experiência de onipotência, de criar os objetos que já estão na realidade objetiva.

Esta expressão consagrada é um dos conceitos centrais na obra, sendo esclarecida pelo autor, em 1952, através de carta enviada a um analista e membro de um grupo kleiniano, Roger Money-Kyrle:

Penso em referir-me à mãe, a pessoa real que está com o bebê, como se ela fosse perfeita ou como se correspondesse à *mãe-boa*¹¹ que faz parte do jargão kleiniano. Na verdade, sempre me refiro à *mãe suficientemente boa* ou à *mãe que não é suficientemente boa*, pois, no que diz respeito ao fato que estamos discutindo, ou seja, a mulher real, temos consciência de que o melhor que ela tem a fazer é ser boa o suficiente. A palavra *suficiente* gradualmente (em circunstâncias favoráveis) vai ocupando um espaço cada vez maior, segundo a capacidade crescente do bebê de lidar com a falha através do entendimento, da tolerância à frustração, etc. A *mãe boa* e a *mãe má* do jargão kleiniano apresentam-se como objetos internos, não tendo nada em comum com as mulheres reais. O melhor que uma mulher real pode fazer com um bebê é ser *suficientemente boa*, de uma forma sensível inicialmente, de modo que a *ilusão* para ele torne-se algo possível desde o início. Essa *mãe suficientemente boa* também é um seio bom. (WINNICOTT¹², 1952, *apud* ABRAM, 2000, p. 144).

Na concepção do desenvolvimento emocional de Winnicott, a adaptação da mãe às necessidades do bebê, a qual se dá a partir de uma harmonização física e emocional consciente e inconsciente com o bebê, tanto possibilita uma adaptação conveniente aos diversos estágios dos primeiros anos do bebê, como assegura um ambiente adequado para a instauração e desenvolvimento saudável de um ser distinto, em condições de estabelecer relações de objeto¹³ maduras.

Winnicott (1958) fala de uma condição muito especial dessa mãe, a qual descreve como um estado psicológico, que denominou de *Preocupação Materna Primária*, que implica uma extrema sensibilidade no decorrer e no término da gestação, permanecendo somente algumas semanas após o bebê nascer, cujo estado as mães comumente não recordam. Este estado é a condição ambiental necessária para o desenvolvimento emocional primitivo do bebê saudável.

¹¹ A expressão *mãe-boa*, relaciona-se com os conceitos de *seio bom e mau*, integrando a Teoria de Relação de Objetos criada por Melanie Klein.

¹² *The Spontaneous Gesture* (selected letters, ed.F.R. Rodman). Cambridge, MA: Harvard University Press, 1987.

¹³ *Relação de Objeto*, num sentido amplo, é um termo psicanalítico que designa os vínculos inter-humanos, as relações do sujeito com as pessoas amadas ou odiadas com as quais está em inter-relação.

Faz uma analogia desse estado a uma doença, esclarecendo que o sentido é o de que ela deverá ter saúde suficiente tanto para desenvolver esse estado, quanto para recuperar-se dele à medida em que o bebê a for liberando. Sublinha, inclusive, que caso esse bebê venha a morrer, o estado da mãe repentinamente pode revelar-se numa doença.

Assim, fica demonstrada a articulação fundamental entre os conceitos de *Experiência de Ilusão* e *Mãe Suficientemente Boa*, ou seja, somente à medida em que o bebê estiver cercado por uma ambiência suficientemente boa, oportunizada pela mãe – função materna, poderá experimentar um estado de onipotência, o qual lhe assegurará que ele próprio criou o mundo ao seu redor. O processo psíquico que o bebê vive é descrito por Winnicott (1975) em *O Brincar e a Realidade*, da seguinte forma:

(...) no começo do desenvolvimento de todo indivíduo humano, um bebê, em determinado ambiente proporcionado pela mãe, é capaz de conceber a idéia de algo que atenderia à crescente necessidade que se origina da tensão instintual. Não se pode dizer que o bebê saiba, de saída, o que deve ser criado. Nesse ponto do tempo, a mãe se apresenta. Da maneira comum, ela dá o seio e seu impulso potencial de alimentar. A adaptação da mãe às necessidades do bebê, quando *suficientemente boa*, dá a este a *ilusão* de que existe uma realidade externa correspondente à sua própria capacidade de criar. Em outras palavras, ocorre uma sobreposição entre o que a mãe supre e o que a criança poderia conceber. Para o observador, a criança percebe aquilo que a mãe realmente apresenta, mas essa não é toda a verdade. O bebê percebe o seio apenas na medida em que um seio poderia ser criado exatamente ali e naquele então. Não há intercâmbio entre a mãe e o bebê. Psicologicamente, o bebê recebe de um seio que faz parte dele e a mãe dá leite a um bebê que é parte dela mesma. (WINNICOTTI, 1975, p. 27).

Safra (1998) ressalta o valor constitutivo da *Experiência de Ilusão*, articulando-a com a criatividade, quando comenta:

O que é fundante no ser humano é essa *experiência de ilusão* que se sustenta exatamente pela capacidade que a criança tem de criar. O criar é a base do acontecer do *self*, não é o criar que tem a ver com possuir um imaginário e a partir daí transfigurar um objeto. Até porque o bebê aqui ainda não constituiu um imaginário. A experiência é que dá acesso à possibilidade de construir um imaginário. O criar é o próprio gesto que brota da singularidade do bebê, se apresentando desde o início com características próprias, uma certa organização corporal que se coloca em movimento na busca do objeto necessitado.¹⁴

Na abordagem sobre criatividade, interessava a Winnicott investigar o ingresso criativo do indivíduo na vida, o seu contato com a realidade, assim como os impedimentos encontrados para viver autenticamente.

Dessa forma, Winnicott (1971) sublinha que a criatividade na qual está interessado é a que se refere ao estar vivo. Relaciona-se com a abordagem do indivíduo à realidade externa. Supondo-se uma capacidade cerebral razoável, inteligência suficiente para capacitar o

¹⁴ Série: Clínica Winnicottiana por Gilberto Safra - Palestra Princípios da Clínica Winnicottiana - ministrada em 13.11.98 - S.P.

indivíduo a tornar-se uma pessoa ativa e a tomar parte na vida da comunidade, tudo o que acontece é criativo, exceto na medida em que o indivíduo é doente, ou foi prejudicado por fatores ambientais que sufocaram seus processos criativos.

Considerava ser impossível a destruição completa da capacidade de um indivíduo humano para o viver criativo, sublinhando: “(...), mesmo nos casos de extrema submissão, o estabelecimento de uma falsa personalidade; oculta em alguma parte, existe uma vida secreta satisfatória, pela sua qualidade criativa ou original a esse ser humano”. (WINNICOTT, 1975, p. 99).

Quanto ao conceito de impulso criativo, concebe poder ser considerado como uma coisa em si, algo naturalmente necessário a um artista na produção de uma obra de arte, mas também algo que se faz presente, quando qualquer pessoa se inclina de maneira saudável para algo ou realiza deliberadamente alguma coisa. (WINNICOTT, 1975).

A partir do constatado até o presente momento, as raízes da criatividade para Winnicott estão situadas nos primórdios da vida e no centro da relação mãe-bebê. A partir daí, a realidade que se apresenta é a de que um bebê somente tem existência singular mediante o convívio com uma *mãe suficientemente boa*, aquela que lhe permite existir, disponibilizando um ambiente capaz de fazê-lo suportar um excesso de estímulos, sem que estes perturbem o estado de repouso.

Safra, em *Desvelando a Memória do Humano*, ao referir-se ao *Sagrado*, alinhava aspectos do que até então procurou-se ressaltar:

O nosso modo de ser se caracteriza por um contínuo devir. Somos seres que aspiram o absoluto e que, ao longo do caminho, sonham com a realização do que dormita no fundo de nós mesmos. Vivemos atravessados pelo pressentimento de si, pela memória do ainda-não. O nosso modo de ser acontece por meio de contínuas metamorfoses. Em cada pessoa existem as facetas de si mesma que se constituíram por meio do encontro com o Outro, enquanto outras estão em estado de potencialidade e, portanto, não chegaram a se realizar, evoluir e se simbolizar. Este fenômeno leva a pessoa a experimentar a necessidade de encontrar o Outro que possa lhe possibilitar a constituição e a evolução das facetas de seu modo de ser que não chegaram a acontecer pelo encontro com um outro ser humano, condição necessária para por em marcha o processo de simbolização necessário ao devir de si mesmo. (SAFRA, 2006, p. 52).

Até aqui, constatou-se o quão imprescindível é a presença do Outro na constituição do psiquismo, entretanto, sabe-se que nem sempre o bebê dispõe de um ambiente adequado a um desenvolvimento sadio, o que o predispõe à doença.

Safra (2004) descreve as possibilidades mais frequentes de recepção problemática para o bebê, alertando não haver a pretensão de esgotá-las e, sim, de demonstrar um pouco da complexidade desse fenômeno. O autor denomina as

conseqüências dessas formas de recepção como *fraturas éticas originárias*, as quais foram provocadas pela relação do bebê com determinados tipos de mães, descrevendo oito possibilidades, conforme a seguir.

- 1- *A mãe se apresentando ao bebê como um objeto intrusivo* - o objeto chega antes que o bebê tenha possibilidades de alcançar a experiência de uma relação objetal. Isso impede o *gesto* criativo do bebê, levando-o a uma dissociação precoce e a uma adaptação àquilo que lhe é apresentado.
- 2- *A mãe se apresentando excessivamente excitante* - a criança é despertada precocemente no registro erótico sem que consiga constituir, de fato, um desejo próprio. Frente a isso, o bebê perde o *gesto* e, além disso, poderá ser levado a dois tipos de posições: a primeira, de identificação com a imagem da mãe excitável, como forma de colocar sob domínio do eu a experiência de excitação, a qual o coloca em uma experiência enigmática, podendo enlouquecê-lo. A segunda, é o bebê tornar-se o objeto excitável e ter o seu *gesto* interrompido, vivenciando um horror a qualquer outra possibilidade que não envolva a excitabilidade. Aqui não há a experiência do silêncio e do repouso, o corpo aquietado é terrorífico, pode significar queda em um nada.
- 3- *A mãe-objeto ausente* - a partir da qual o bebê não encontra alguém que ele possa criar e é quando o seu *gesto* é impedido pela falta do Outro, tendo se constituído na solidão.
- 4- *A mãe-repouso ausente* - ou seja, inexistente a mãe meio ambiente e o respectivo *holding*, sem o que não há espaço para a quietude, provocando uma organização defensiva em torno da hiperatividade.
- 5- *A mãe adoecida* - a qual tende a sofrer excessivamente com a aproximação do bebê. Esse bebê passa a temer a própria vitalidade em decorrência da preocupação que vivencia em relação à mãe, quando ainda não poderia chegar a essa experiência através do processo maturacional natural.
- 6- *A mãe-tecnológica* - as medidas da tecnologia passam a ocupar o lugar da corporeidade humana, sendo que passa a ser apresentado à criança um mundo onde ela não mais vislumbra a presença humana. Em decorrência disso, a criança desenvolve-se para fora do mundo humano em repúdio às configurações estéticas decorrentes da tecnologia. Podem encaminhar-se de três formas distintas, assim

identificadas: niilismo defensivo, críticos do mundo, identificação com a técnica. Os primeiros se organizam por uma profunda descrença no humano e encantamento pelo Nada; os seguintes, assumem essa posição, quando encontram, em seu caminho alguém ou algo que lhes possibilite uma apropriação do profundo conhecimento que possuem acerca do mundo contemporâneo, os últimos assumem uma personalidade virtual, não havendo identificação com o humano e, sim, com a técnica e sua estética.

7- *Famílias achatadas na dimensão social do mundo* - têm como alvo atingir o status e o prestígio social, sendo o bebê esperado com um signo social, um objeto a dar prestígio socialmente. Isso pode gerar dois tipos de bebê: aquele que se deixa seduzir nessa direção, e a personalidade passa a ser uma casca social, parecendo até mesmo não ter interioridade, e aquele que passa a repudiar o social, considerando o mundo hipócrita, as relações humanas superficiais, sem sentido, optando por viver à margem do campo social. Nos casos em que a criança foi abusada, sofreu violência psíquica, corporal e/ou sexual, haverá variações de organização de personalidade, conforme o tipo de violência sofrido, entretanto, todas terão em comum o sentido dessa organização, a qual terá como função defendê-las da situação enigmática que vivenciaram pela violação da ética.

As violências psíquicas provocam um atordoamento originário, que constitui na criança um estado confusional primário, dificultando o desenvolvimento de funções psíquicas, que ajudem nos processos discriminatórios. É quando o dentro e o fora, o bom e o mau, o objetivo e o subjetivo tudo se mistura.

As violências corporais levam ao desenvolvimento de uma organização defensiva sustentada pelo medo e/ou a dor. A experiência originária fundante foi a da crueldade, a partir do que passaram a se organizar em torno dos dois pólos da relação sadomasoquista, entretanto, do ponto de vista da clínica, é muito mais complexo do que uma simples fixação prazerosa.

As violências sexuais levam a uma auto concepção negativa, haja vista a leitura que toda criança faz dos eventos como subordinados a sua onipotência. Tendem a se organizar ou por uma intensa introversão, ocultando-se, para fugir da violência sexual em regiões de si mesmas que não possam ser tocadas, ou a se organizar ao redor do erotismo, confundindo ternura e erotismo.

Partindo do princípio de que Winnicott (2000) situava a etiologia da psicose na estrutura ambiente-indivíduo, pode-se perceber o alcance que as *fraturas éticas* às quais Safra referiu-se poderão ter sobre a saúde mental do indivíduo.

Quando Winnicott (1983) aborda a questão da integração do ego no desenvolvimento da criança, refere-se a algumas das conseqüências que um apoio deficiente pode ter sobre o indivíduo. Na abordagem a seguir, sobre psicose, trata-se genericamente das conseqüências referidas pelo autor e especialmente da esquizofrenia.

2.3 PSICOSE

Apresenta-se a seguir uma breve abordagem sobre a psicose, nas perspectivas psiquiátrica e psicanalítica, a partir de Winnicott, para então descrever a esquizofrenia, quadro clínico do sujeito desta pesquisa.

Conforme Doron e Parot, (2001) o termo psicose foi introduzido em meados do século XIX, pelo psiquiatra alemão E. Feuchterleben, para definir o conjunto dos distúrbios mentais graves que afetam o sentido da realidade e cujo caráter mórbido não é reconhecido pelo doente. Nessa acepção, é utilizado para designar distúrbios mentais precisos ou num sentido puramente descritivo.

Com E. Kraepelin, (início séc. XX), aplica-se a um quadro nosológico determinado por estados crônicos, que dependem de um processo de origem endógena, sem ligação direta com a personalidade anterior e que reúnem a demência precoce (tornada psicose esquizofrênica e psicoses delirantes sistematizadas crônicas) e a psicose maníaco-depressiva.

Constata-se, em Ballone (2005), serem várias as tendências de reflexão sobre a doença mental, notadamente sobre as psicoses, as quais são provenientes de diversos momentos históricos do pensamento psicológico e, como tal, dão margem a muitas discussões sobre o tema. Segundo o autor, há alguns modelos concebidos, sendo eles: (1) Sociogênico, (2) Organogênico, (3) Psicogênico e (4) Organodinâmico.

- 1- No modelo Sociogênico, a sociedade, dada a sua extrema complexidade e exigência, é considerada a responsável exclusiva pelo enlouquecimento humano.
- 2- No extremo oposto, há o modelo Organogênico, em que os elementos orgânicos da função cerebral seriam os responsáveis absolutos pela loucura.

3- No modelo Psicogênico, a dinâmica psíquica é considerada a responsável pela loucura, sendo subestimadas as disposições constitucionais.

Há, ainda, o modelo (4) Organodinâmico, o qual compatibiliza os anteriores, em que participariam requisitos biológicos, motivos psicológicos e determinantes sociais. Esse modelo é também conhecido como Bio-Psico-Social. É quase unanimemente aceita na psiquiatria clínica a associação de determinadas configurações de personalidade predispostas e a eclosão de psicoses.

A partir de Kaplan, (1997), a sintomatologia psicótica caracteriza-se, principalmente, pelas alterações a nível do pensamento e da afetividade e, conseqüentemente, todo comportamento e toda performance existencial do indivíduo passam a estar comprometidos.

Na psicose, tanto o pensamento como a afetividade se apresentam qualitativamente alterados, tal como uma novidade cronologicamente delimitada na história de vida do paciente e que passa a atuar morbidamente em toda sua performance psíquica.

Essa alteração confere ao paciente uma maneira patológica de representar a realidade, de elaborar conceitos e de relacionar-se com o mundo objetal. Não contam tanto aqui as variações quantitativas de apercepção do real, como pode ocorrer na depressão, por exemplo, mas um algo novo e qualitativamente distinto de todas as nuances anteriormente permitidas, um algo essencialmente patológico, mórbido e sofrível.

A partir da psicanálise, a psicose passou a assumir um sentido mais estrutural que nosológico, designando um modo de organização da atividade mental caracterizado pela recusa da realidade, pelo recuo narcísico da libido e/ou dos modos arcaicos de relação de objeto (simbiótica, ambivalente, oral) e pela fragmentação das representações de objetos fantasmáticos (posição esquizoparanóide) e dos mecanismos específicos de defesa contra os conflitos intrapsíquicos que delas dependem (projeção, clivagem). (KAPLAN, 1997).

Em Winnicott (1958), é feita referência ao seu artigo: “Classificação: Há uma Contribuição Psicanalítica para a Classificação Psiquiátrica? Neste ele se posiciona da seguinte maneira:

Para qualquer indivíduo situado no início de seu desenvolvimento emocional, existem três coisas: num extremo, encontra-se a hereditariedade. No outro extremo, o ambiente que apóia, ou que falha e traumatiza. E no meio está a capacidade individual de viver e defender-se e crescer. Na psicanálise, lidamos com o viver, o defender-se e o crescer do indivíduo. Na classificação, porém, estamos considerando a fenomenologia global, e o melhor modo de fazê-lo é classificar primeiro os estados do ambiente. Em seguida, podemos classificar as defesas individuais e, por fim, tentar avaliar a hereditariedade. Esta, essencialmente, consiste nas tendências inatas do indivíduo para crescer, integrar-se, relacionar-se com objetos, amadurecer. (WINICOTT, 2000 p. 37).

Mais adiante, Winnicott (1979) posiciona-se em relação à consideração e utilização das classificações no caso das psicoses, da seguinte forma:

[...] não podemos diagnosticar doença psicótica só por encontrar mecanismos mentais primitivos. Claro está, em doença psicótica, é com as defesas primitivas que nos defrontamos, defesas que não têm de estar organizadas se nos estágios mais precoces de dependência quase absoluta a provisão ambiental suficientemente boa existiu de fato. [...] Falhas do ambiente favorável resultam em falhas no desenvolvimento da personalidade do indivíduo e no estabelecimento do *self* do indivíduo, e o resultado é chamado esquizofrenia. O colapso esquizofrênico é o inverso do processo maturativo da infância mais precoce. [...] Estou sugerindo que no estudo de uma psicose se deve tentar fazer classificação do meio e dos tipos de anormalidades ambientais, e do ponto no desenvolvimento do indivíduo em que essas anormalidades atuam, e que tentar classificar indivíduos doentes na base do quadro clínico que eles apresentam não leva a resultados úteis. Repito: as deficiências ambientais que produzem psicose fazem parte do estágio anterior àquele em que o indivíduo em desenvolvimento tem a capacidade de estar perceptivo ou da provisão ambiental ou da sua falha. (WINNICOTT, 1983, p. 124).

Constata-se, na teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott, a força e a influência do ambiente sobre a saúde emocional do bebê, possibilitando-lhe crescer caminhando em direção à saúde, adoecê-lo, ou até mesmo enlouquecê-lo. Como tal, a psicose, nessa perspectiva, é algo suscetível a qualquer um, o que pode ser constatado quando o autor adverte:

Admitimos, por vezes, que na saúde o indivíduo sempre está integrado e vivendo em seu próprio corpo. Ele é capaz de sentir que o mundo é real. Existe, entretanto, uma sanidade que possui uma qualidade sintomática, que é investida do medo ou negação da loucura, do medo ou da capacidade inata de todo ser humano de tornar-se não-integrado, despersonalizado e de sentir que o mundo é irreal. O sono insuficiente produz essas condições em qualquer um. (WINNICOTT¹⁵, 1945, *apud* ABRAM, 2000, p. 150).

Em assim sendo, a partir da teoria desenvolvida por Winnicott, qual a etiologia da psicose? A partir do quê ela se instala, se mantém e impede que o indivíduo tenha um desenvolvimento criativo? Na concepção de Winnicott, o indivíduo somente é em presença de um Outro, que o possibilite fazer a travessia entre *o não ser* e *o ser*. Nesse sentido, é a partir de uma segunda pessoa que a primeira pessoa se faz, conforme demonstra Mounier:

A experiência primitiva da pessoa é a experiência da segunda pessoa, o tu, e portanto o nós precede o eu, ou pelo menos o acompanha... Quando a comunicação se enfraquece ou se corrompe, perco profundamente a mim mesmo: toda loucura é um fracasso na relação com os outros – o alter torna-se alienus, e eu, por minha vez, torno-me estranho a mim próprio, alienado. Quase se poderia dizer que só existo à medida em que existo para os outros, ou no limite, que ser significa amar. (MOUNIER, 1964, p. 63).

¹⁵ Collected Papers: Through Paediatric to Psycho-Analysis. London: Tavistock, 1958. New York: Basic Books, 1958. Reprinted as *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London: Hogarth Press & the Institute of Psycho-Analysis, 1975. Reprinted London: Karnac Books, 1992.

Nessa direção, Safra (2006) ressalta um aspecto fundamental e paradoxal na constituição do *self*: o fundo do *self* é um outro, um outro mora em mim, um outro me dá o ser. Importante na clínica, porque, no fundo da alma do analisando, está a memória que a mãe conseguiu sustentar.

Conforme verificamos anteriormente, em Safra (1998), a *Experiência de Ilusão* é fundante no ser humano, encontrando sustentação na capacidade que a criança tem de criar, base do acontecer do *self*. Entretanto, o autor adverte que nem todos tiveram acesso a essa experiência e que assim se encontram:

Pessoas que não viveram essa experiência vivem desalojadas, numa angústia de caráter eterno, num estado psíquico que nem nascem, nem morrem, porque só podem nascer em presença do outro. Os fenômenos constitutivos possibilitam a entrada da criança no mundo.¹⁶

Essas pessoas podem ser reconhecidas como aquelas que não tiveram cuidados suficientemente bons no estágio precoce antes de terem distinguido o *eu* do *não-eu*, tendo o ego sofrido percalsos quando da sua constituição.

Para Winnicott (1983), o desenvolvimento do ego é caracterizado por três tendências no processo maturacional, as quais assumem o estatuto de metas a serem atingidas pelo bebê durante seu desenvolvimento primitivo. São elas: *Integração, Personalização e Relações Objetais*, as quais estão relacionadas a três aspectos do cuidado do bebê, respectivamente, *cuidado, manejo e apresentação de objetos*.

A *Integração*, refere-se a tendência principal no processo maturativo, sendo considerada a integração no tempo e no espaço. Sendo considerada que uma proteção do ego suficientemente boa pela mãe, acerca das ansiedades inimagináveis (desintegração, cair para sempre, não ter conexão alguma com o corpo, carecer de orientação) possibilita a construção de uma personalidade no padrão da continuidade existencial.

A *Personalização* representa uma unidade firme entre o ego e o corpo, o ego se baseia em um ego corporal, sendo que o bebê somente pode relacionar-se com o corpo e suas funções, quando tudo vai bem no seu desenvolvimento, havendo então o sentimento de que o *eu* está dentro de um corpo, delimitando a fronteira entre o mundo interno e o mundo externo.

As *Relações Objetais* são resultantes de uma adaptação materna suficientemente boa, por um período suficientemente longo, ou a capacidade para se relacionar com um objeto pode ser perdida total ou parcialmente, haja vista que esta capacidade não se desenvolve apenas pelo processo de maturação.

¹⁶ Série: Clínica Winnicottiana por Gilberto Safra – Palestra ministrada em 13.11.98 - S.P.

Buscando dar maior visibilidade sobre em que consistem essas tendências, assim como o que se passa num processo inverso ao atingimento dessas metas, a seguir uma descrição que parece mostrar-se útil:

*A integração rapidamente se torna complexa e logo inclui o conceito de tempo. O processo - inverso é o da desintegração, e esta é uma palavra empregada para descrever um tipo de doença mental: desintegração da personalidade. Em grau menor, o inverso da integração é o *splitting*, e este é um aspecto que caracteriza a esquizofrenia, daí seu nome. *Personalização* é uma palavra que pode ser empregada para descrever a conquista de uma relação íntima entre a psique e o corpo; o ego é essencialmente um ego corporal (...). A doença psicossomática é muitas vezes pouco mais que o reforço deste elo psicossomático em face da ameaça do rompimento do mesmo; esse rompimento resulta em vários quadros clínicos que recebem o nome de despersonalização. (...) A capacidade de se relacionar bem com um objeto se desenvolve como resultado de uma adaptação materna que seja suficientemente boa".(WINNICOTT, 1983. p. 201-202)*

Winnicott (2000) reconhecia, nas formas de psicose, a presença de uma defesa contra as angústias primitivas, representadas pelos três tipos de ansiedade : a não-integração, que se transforma num sentimento de desintegração; ausência de relacionamento entre a psique e o soma, que resultará num sentimento de despersonalização; e a sensação de que o centro de gravidade da consciência foi trasladado do cerne para a casca, do indivíduo para o cuidado, para a técnica; o que se refere às relações objetais.

Assim sendo, conforme Winnicott (1983), essas pessoas, em algum nível, de alguma forma, não atingiram as metas, respectivamente, de integração, personalização e relações objetais, havendo distintos desdobramentos a partir daí.

A Esquizofrenia Infantil ou Autismo, Esquizofrenia Latente, Falsa Defesa e Personalidade Esquizóide são considerados por ele como alguns desses desdobramentos. Aqui estará sendo focada especialmente a esquizofrenia.

2.5 ESQUIZOFRENIA

A Esquizofrenia é considerada culturalmente a representação da loucura. Trata-se de um estado que compromete a vida do indivíduo como um todo, incapacitando-o, na maioria das vezes, para o trabalho, para a convivência social, para a interação humana como um todo, restando-lhe, nesse sentido, quase que nenhuma perspectiva existencial.

Segundo Ballone (2005), a esquizofrenia é uma doença da personalidade total, que afeta a zona central do *eu* e altera toda estrutura vivencial. O indivíduo passa a produzir

grande estranheza social devido ao seu desprezo para com a realidade reconhecida. Age como alguém que rompeu as amarras da concordância cultural.

Conforme Kaplan (1997, p. 442), para diagnóstico da esquizofrenia é necessário preencher os seguintes critérios:

- 1- Pelo menos dois dos seguintes quesitos definidos para doença definida, e um para doença provável (não considerando aqueles ocorridos durante período de abuso ou abstinência de álcool ou drogas):
 - a. Irradiação, inserção ou extração de pensamentos;
 - b. delírios de ser controlado ou influenciado, outros delírios bizarros ou delírios múltiplos;
 - c. delírios outros que não de perseguição ou ciúme, durando pelo menos um mês;
 - d. delírios de qualquer espécie, se acompanhados por alucinação de qualquer tipo por, pelo menos, uma semana;
 - e. alucinações auditivas nas quais uma voz continuamente comenta o comportamento ou os pensamentos do indivíduo à medida que ocorrem, ou duas ou mais vozes que conversam entre si;
 - f. alucinações verbais não-afetivas comunicadas ao indivíduo;
 - g. alucinações de qualquer espécie durante o dia inteiro, por vários dias ou intermitentemente, por pelo menos um mês;
 - h. casos claros de distúrbios da forma do pensamento acompanhados por afeto embotado ou inadequado, delírios ou alucinações de qualquer espécie, ou comportamento amplamente desorganizado.
- 2- Um dos seguintes quesitos:
 - a. o período atual da doença durou, pelo menos, duas semanas desde o aparecimento de alterações observáveis na condição habitual do indivíduo;
 - b. o indivíduo teve um período anterior da doença que durou, pelo menos, duas semanas, durante o qual reuniu os critérios, e sinais residuais da doença permaneceram (por ex., extremo retraimento social, afeto embotado ou inadequado, distúrbio da forma do pensamento ou pensamentos ou experiências perceptuais incomuns).
- 3- Em nenhum momento, durante o período ativo da doença em questão, o indivíduo reuniu os critérios para síndrome maníaca ou depressiva provável ou definida, a um grau em que esta fosse uma parte proeminente da doença.

Conforme Ballone (2005), habitualmente, no quadro que caracteriza a irrupção da esquizofrenia, estão presentes mudanças de comportamento, quando, então, a família e os amigos observam que a pessoa já não é mais a mesma, passando a funcionar mal em áreas significativas da vida cotidiana, como na escola, trabalho, nas relações sociais e familiares. Frequentemente, há uma notável falta de interesse por cuidados consigo mesmo. Os próprios pacientes experimentam os seguintes sentimentos:

- *Perplexidade*: No começo da doença, os pacientes informam um sentimento de estranheza sobre a experiência, alguma confusão sobre de onde vêm os sintomas (normalmente alucinações) e se perguntam por que sua experiência diária tem mudado tanto;
- *Isolamento*: o indivíduo com esquizofrenia experimenta uma sensação intensa de ser diferente dos demais e de estar separado de outras pessoas. O isolamento social e a evitação de contatos tornam-se evidentes;
- *Ansiedade e Terror*: em geral, a experiência cotidiana está invadida por uma sensação geral de mal estar e ansiedade. Evidenciam-se os períodos de terror intenso, causado por um mundo dentro do qual tudo parece perigoso e incontrolável, normalmente atribuído a origens externas e mágicas.

Conforme Kaplan (1997), aproximadamente 1% da população é acometido pela doença, geralmente iniciada antes dos 25 anos e sem predileção por qualquer camada sócio-cultural. O diagnóstico baseia-se exclusivamente na história psiquiátrica e no exame do estado mental. É extremamente raro o aparecimento da esquizofrenia antes dos 10 ou depois dos 50 anos de idade e parece não haver nenhuma diferença na prevalência entre homens e mulheres.

Ballone (2005) considera que os sintomas característicos da esquizofrenia podem ser agrupados, genericamente, em 2 tipos: positivos e negativos. São considerados como positivos os mais produtivos, tais como as alucinações (mais frequentemente, as auditivas e visuais e menos frequentes as táteis e olfativas), os delírios (persecutórios, de grandeza, de ciúmes, somáticos, místicos, fantásticos), perturbações da forma e do curso do pensamento (incoerência, prolixidade, desagregação), comportamento desorganizado, bizarro, agitação psicomotora e mesmo negligência quanto aos cuidados pessoais.

Os sintomas negativos são, geralmente, de déficits, ou seja, representados pela pobreza do conteúdo do pensamento e da fala, embotamento ou rigidez afetiva, prejuízo do pragmatismo, incapacidade de sentir emoções, incapacidade de sentir prazer, isolamento social, diminuição de iniciativa e da vontade.

Alguns sintomas, embora não sejam específicos da Esquizofrenia, são de grande valor para o diagnóstico, como:

- audição dos próprios pensamentos (sob a forma de vozes);
- alucinações auditivas, que comentam o comportamento do indivíduo;
- alucinações somáticas;
- sensação de ter os próprios pensamentos controlados;
- irradiação desses pensamentos;
- sensação de ter as ações controladas e influenciadas por alguma coisa do exterior.

Conforme Ballone (2005), a sintomatologia da esquizofrenia afeta especialmente três funções psíquicas: comportamento, afetividade e pensamento. Os delírios são alterações de conteúdo do pensamento esquizofrênico e as alucinações alterações da sensopercepção. Ambos acabam sendo causa e/ou consequência das alterações nas 3 áreas acometidas pela doença (comportamento, afetividade e pensamento).

Considerando serem os delírios o sintoma carro chefe da esquizofrenia – são sintomas que diferenciam a esquizofrenia de outras psicoses - a seguir, com base no mesmo autor, discorre-se sobre eles. Os delírios são crenças equivocadas, habitualmente envolvendo a interpretação falsa de percepções ou experiências. Seu conteúdo pode incluir uma variedade de temas, persecutórios, referenciais, somáticos, religiosos, ou grandiosos, sendo os persecutórios os mais comuns. Neles, a pessoa acredita estar sendo perseguida, enganada, vigiada ou ridicularizada. Os delírios de referência também são comuns; neles, o indivíduo acredita que certos gestos, comentários, passagens de livros dizem respeito a sua pessoa.

Os delírios, na esquizofrenia, podem surgir ainda de uma interpretação falsa da realidade percebida. É o caso, por exemplo, do paciente que acredita que algo está sendo “tramado” contra ele pelo fato de ouvir duas pessoas simplesmente conversando. Trata-se, neste caso, de uma distorção da sensopercepção, uma percepção delirante. Dessa forma, a percepção delirante necessita de algum estímulo para ser delirantemente interpretada (no caso, as duas pessoas conversando). Outras vezes, não há necessidade de nenhum estímulo a ser interpretado, como, por exemplo, julgar-se Deus. Neste caso, trata-se de uma ocorrência delirante, distorção do próprio pensamento. O tipo de delírio mais frequentemente encontrado na Esquizofrenia é do tipo paranóide ou de referência, ou seja, com temática de perseguição ou prejuízo no primeiro caso e de que todos se referem ao paciente (rádios, vizinhos, televisão, etc) no segundo caso. (BALLONE, 2005).

Embora os delírios bizarros sejam considerados especialmente característicos da Esquizofrenia, pode ser difícil avaliar o grau, especialmente entre diferentes culturas. Os delírios são considerados bizarros, se são claramente implausíveis e incompreensíveis e não derivam de experiências comuns da vida. Os delírios que expressam uma perda de controle sobre a mente ou o corpo geralmente são considerados bizarros; eles incluem a crença da pessoa de que seus pensamentos “foram retirados por alguma força externa”, que pensamentos estranhos “foram colocados em sua mente” ou que “seu corpo ou ações estão sendo manipulados por alguma força externa”. (BALLONE, 2005).

As alucinações, outro sintoma típico, entretanto não exclusivo da Esquizofrenia, podem ser auditivas, visuais, olfativas, gustativas e táteis. As alucinações auditivas são as mais comuns e características da Esquizofrenia, sendo comumente experimentadas como “vozes conhecidas ou estranhas”, que são percebidas como distintas dos pensamentos da própria pessoa. O conteúdo pode ser variável, embora as vozes pejorativas ou ameaçadoras sejam especialmente comuns. Certos tipos de alucinações auditivas, como por exemplo, ouvir duas ou mais vozes conversando entre si ou comentando os pensamentos ou o comportamento da pessoa, têm sido considerados particularmente característicos da Esquizofrenia.

Outro sintoma importante no diagnóstico da esquizofrenia é a sensação de que o pensamento está sendo irradiado para o exterior, da mesma forma que pode ser relatada a sensação de que os atos estão sendo controlados por forças ou influências exteriores.(BALLONE 2005).

Descrita em linhas gerais, as distorções das funções psíquicas a partir de uma leitura fenomenológica ou descritiva, a caracterização, a sintomatologia e a incidência da esquizofrenia, segue-se para algumas considerações da compreensão dinâmica, fundamentada na psicanálise de Winnicott sobre esses fenômenos, articulando com os conceitos de *Holding*, *Manejo* e *Placement*, de forma a facilitar a compreensão.

O entendimento de Winnicott sobre a etiologia da psicose, consiste na compreensão de que a psicose é uma defesa contra angústias primitivas, conforme ele esclarece em *Fear of Breakdown*, 1963, p. 90: “aquilo que vemos na clínica é sempre uma organização defensiva, até mesmo no autismo presente na esquizofrenia infantil. A agonia subjacente é impensável. É um equívoco pensarmos na doença psicótica como um colapso. Ela é uma organização defensiva que diz respeito à agonia primitiva, tendo freqüentemente sucesso [...]”.

Conforme Abram (2000), Winnicott elaborou uma relação das agonias primitivas com as respectivas defesas, podendo ser mobilizada tanto no bebê quanto no indivíduo que sofreu uma quebra na continuidade do ser. A seguir, algumas delas:

- Retorno a um estado de não integração / Defesa: desintegração
- Cair para sempre / Defesa: desintegração
- Perda do intercâmbio psicossomático, falha de um habitar num corpo / Defesa: despersonalização
- Perda do sentimento de ser real / Defesa: exploração do narcisismo primário
- Perda da capacidade de relacionamento com os objetos / Defesa: estados autistas relacionados unicamente a fenômenos do *self*.

As defesas bem sucedidas geram, como consequência, uma organização voltada à invulnerabilidade, típica nos quadros de esquizofrenia e autismo, conforme relata Winnicott¹⁷:

O que observamos nas crianças e nos bebês que adoecem de uma tal forma que nos obriga a empregar a palavra 'esquizofrenia', embora originalmente esta palavra tenha sido aplicada a adolescentes e adultos, é que existe claramente uma organização voltada para a invulnerabilidade. Algumas diferenças podem ser esperadas de acordo com o estágio do desenvolvimento emocional em que se encontra o adulto, a criança ou o bebê que adocece. O que é comum ao bebê, à criança, ao adolescente e ao adulto é que eles nunca mais experimentarão a ansiedade impensável que está na raiz da doença esquizóide.

Winnicott (1971) considera fundamental não ser traçada clinicamente nenhuma divisória que demarque os limites entre a saúde e a esquizofrenia já instalada. Lembrando sempre que enquanto é reconhecida a importância do fator hereditário na esquizofrenia, e enquanto se espera ver as contribuições feitas em casos individuais de doenças físicas, deve-se olhar com desconfiança para qualquer teoria da esquizofrenia que distancie o sujeito dos problemas da vida cotidiana e dos contextos do desenvolvimento individual em um dado ambiente. Winnicott considera a provisão ambiental, especialmente na primeira infância, a partir do que privilegia o estudo do ambiente facilitador em termos humanos e em termos de crescimento humano, na medida em que a dependência adquire significado¹⁸.

A partir dessa perspectiva, fica ressaltada a relevância do trabalho analítico no tratamento da esquizofrenia, no sentido de que as falhas ambientais vividas outrora, deverão ser revividas pela primeira vez no presente, através da transferência. A seguir, Winnicott (2000) descreve como se dá esse processo:

A doença psicótica está relacionada a uma falha ambiental num estágio primitivo do desenvolvimento. A sensação de inutilidade e irrealidade derivam do desenvolvimento de um *eu falso* que surge como proteção ao *eu verdadeiro*. O contexto analítico reproduz as técnicas de maternagem da primeira infância e dos estágios iniciais. O convite à regressão resulta da sua confiabilidade. A regressão de um paciente organiza-se como um retorno à dependência inicial ou dupla

¹⁷ No texto de 1967 "The Concept Of Clinical Regression", pp. 197-198

¹⁸ "Creativity and Its Origins", 1971. pp. 66-67.

dependência. O paciente e o contexto amalgamam-se para criar a situação bem-sucedida original do narcisismo primário. O progresso a partir do narcisismo primário tem novo início, com o eu verdadeiro agora capaz de enfrentar as falhas do ambiente sem a organização de defesas que impliquem num *eu falso* protegendo o verdadeiro. Nesta medida, a psicose pode ser tratada apenas pelo fornecimento de um ambiente especializado acoplado à regressão do paciente. O progresso a partir dessa nova posição, com o *eu verdadeiro* entregue ao ego total, pode agora ser estudado em termos dos complexos processos de desenvolvimento individual.(WINNICOTT, 2000 p. 384).

Para que esse processo ocorra no universo da psicose, considerando suas características serem muito distintas da neurose, há que se dispor de modalidades clínicas que privilegiem a *sustentação* do indivíduo, assim como possibilite *manejos* adequados às peculiaridades de cada caso, de forma a assegurar à pessoa que ali está, um *lugar* a partir do que possa vir a *ser*.

Está se falando de três das modalidades clínicas criadas por Winnicott, *Holding*, *Manejo* e *Placement*, as quais ele propõe que sejam adotadas no trabalho com *pessoas em processo de alcançar a unidade de si mesmos e com pessoas que não alcançaram a integridade*, conforme será explicitado a seguir.

2.6 OS CONCEITOS DE *HOLDING*, *MANEJO* E *PLACEMENT* APLICADOS AO AT

Conforme mencionado anteriormente, Winnicott fazia uso de distintas modalidades clínicas, como: *Análise Clássica*, *Consultas Terapêuticas*, *Análise Segundo a Demanda*, *Placement*; sendo que ele considerava que a modalidade clínica deveria ser relacionada ao tipo de diagnóstico e ao tipo de pessoa que ali se apresentava.

Para tanto, conforme Safra, (2006), ele reconhecia três tipos de pessoas: *pessoas totais*, como aquelas que têm um senso de unidade, um *eu sou*, são integradas; com elas, considerava ser possível utilizar o método psicanalítico clássico. *Pessoas em processo de alcançar a unidade de si mesmos*, aquelas cuja necessidade é sobreviver ao interjogo de amor e ódio; com elas, considerava importante a combinação da técnica clássica, *interpretação*, com a intervenção que vai para além da situação clínica, o *Manejo*. *Pessoas que não alcançaram a integridade*, aquelas que não têm um *eu sou* garantido. Não têm o abraço do outro, um em si que possibilite a permanência do *eu sou* no tempo. Com elas, considerava ser necessária a combinação permanente entre *Manejo* e *Holding*. À combinação de *Holding* e *Manejo*, que Winnicott propõe, quando do tratamento de pessoas que não alcançaram a

integridade, acrescenta-se, nesse trabalho, o *placement*, o qual é considerado por Safra como eixo norteador no trabalho de Acompanhamento Terapêutico.

Estes conceitos estão sendo propostos como pilares da experiência de Acompanhamento Terapêutico realizada, partindo-se da hipótese de que apresentam maior adequação frente ao quadro clínico apresentado pelo sujeito desta pesquisa.

Essa hipótese vem a ser corroborada por Masud Khan, quando do prefácio da obra de Winnicott, *Da Pediatria à Psicanálise* - 2000, em que o autor faz referência às crises dos analistas frente aos quadros no *estágio de regressão à dependência*, assinalando que, na sua percepção, as falhas na situação analítica derivam invariavelmente da incapacidade do analista de preencher as necessidades do analisando e não da sua resistência.

Essa constatação de Khan ratifica a necessidade de se dispor de modalidades clínicas para além da interpretação, notadamente nos quadros de psicose. Nesse sentido, a seguir, discorre-se sobre três modalidades outras, *Holding*, *Manejo* e *Placement*.

Holding ou *Sustentação* é um conceito psicanalítico criado por Winnicott, o qual diz respeito aos cuidados de maternagem - maneira de segurar, carregar e manter o bebê - indispensáveis ao primeiro desenvolvimento do potencial inato do bebê. Este possibilita à criança passar de um estado de *não-integração* a um estado de *integração*. É quando o *eu* psíquico se instala no *eu* corporal, e que o *eu* se distingue do *não eu*. Essa função é responsável pelo processo de integração do *self*.

Conforme Mijolla (2005), o *holding* é o processo pelo qual a capacidade de identificação da mãe com o seu filho pequeno permite fornecer-lhe uma sustentação física adaptada, sobretudo quando ele ainda é fisiologicamente vulnerável. Essa sustentação do *eu* é uma expressão de amor sobre a qual se assenta um desenvolvimento psicológico integrado. Num primeiro momento, o *holding* é constituído pelo *handling*, o qual constitui uma série de atos físicos, como a sensibilidade à pele do bebê, a alimentação e todas as atenções sensoriais que fazem parte da rotina de cuidados cotidianos. Um bom *holding* dá ao bebê o sentimento de que pode confiar no mundo, tanto interior quanto exterior.

Conforme Safra (2006)¹⁹, a concepção de *holding* está presente desde os primeiros escritos de Winnicott, embora não a nomeasse assim. No artigo “Observação de Bebês Numa Situação Estabelecida – 1942” – O bebê sentado no colo da mãe joga a espátula, ali ele é sustentado fisicamente no colo e na mente, havendo, nesse momento, uma ampliação do conceito, quando então a mãe passa a segurá-lo também na mente. Na mente, porque, na sua

¹⁹ Do *Holding* à Sustentação da Experiência de Si: entre o ser e o não ser.

interioridade, reconhece o bebê vivendo como um ser, ela vê o bebê como um outro. A mãe, em estado devotado, aprende a reconhecê-lo em sua singularidade desde os primeiros momentos, e não como extensão de si. Para tanto, é fundamental a mãe ter a memória do seu bebê, recolher os seus diferentes estados, situações. A memória sustenta os braços da mãe, a fim de que o bebê possa existir como um ser em continuidade. O continuum ofertado pela mãe é também ofertado pela memória. Ela há que estar devotada o suficiente para responder às necessidades do bebê.

Winnicott (2000) compreende o desenvolvimento emocional do bebê em relação ao *objeto*, um processo maturacional de socialização em três categorias: *dependência absoluta*, *dependência relativa*, *rumo à independência*; pois o indivíduo nunca se torna totalmente independente.

A *dependência absoluta* é marcada pelo desconhecimento por parte do bebê quanto aos cuidados maternos, os quais são basicamente profilaxia. Como tal, o bebê não tem como exercer nenhum controle a respeito, podendo somente beneficiar-se ou sofrer perturbações. Na *dependência relativa*, o bebê já tem consciência da importância dos cuidados maternos, podendo relacioná-los, num primeiro momento, aos impulsos pessoais e futuramente até mesmo reproduzi-los via transferência, na *Análise*. No *rumo à independência*, através da acumulação de memórias dos cuidados, projeção de necessidades e introjeção da atenção materna, o bebê vai desenvolvendo confiança no ambiente, assim como a capacidade de tolerar a ausência de cuidados.

Constata-se, portanto, em Winnicott (1983), não somente a determinância do *holding* para que o bebê caminhe rumo à independência, mas também o seu valor para a conquista da *capacidade para estar só*.

Essa capacidade é experimentada primitivamente nos momentos de satisfação das necessidades do bebê, em que pode estar em contato consigo, ser ele mesmo, sem sofrer intrusões que lhe causem desconforto, ansiedade; condição fornecida pela provisão ambiental *suficientemente boa*. Condição básica para que o indivíduo tenha um desenvolvimento emocional saudável.

Safra (2006) registra que Winnicott e Edite Stein²⁰ ensinam que o homem caminha sustentado por um outro entre *o ser* e *o não ser* e precisa do *holding* em diversas situações da vida:

²⁰ Trata-se de filósofa referenciada por Safra, como àquela na qual pode encontrar preocupações que iam de encontro as suas, especialmente quando ela discorre sobre o conceito de *ciência idiográfica*, a partir do qual aborda a singularidade humana, o que Safra vem discutindo através do conceito *idioma pessoal*.

O fato inegável é de que meu ser é fugaz e se prolonga de um momento a outro e se encontra exposto à possibilidade de não ser. Corresponde a outro fato também inegável, que eu apesar de estar em fugacidade, sou! Sou conservado no ser de um instante a outro. Enfim, em meu ser fugitivo, eu abraço um ser verdadeiro, eu me sei sustentado, e essa sustentação me dá calma e segurança, certamente não é a confiança segura de si mesma, na qual o homem com a sua própria força se mantivesse de pé sobre um solo firme, mas, sim, é uma confiança que é uma segurança suave e alegre de uma criança que repousa sobre um braço forte. Em meu ser eu me encontro então com outro ser, que não é o meu, mas que é o sustento e o fundamento de meu ser. É um outro ser que me dá o sustento, que não possui em si mesmo nem sustento e nem fundamento.²¹

Conforme Safra (2006), a necessidade de um *holding* permanente vem se intensificando na atualidade, quando se constata, na clínica contemporânea, que a sustentação de si é cada vez mais precária, assim como o horror não se dá essencialmente pelo deparar-se com a finitude, mas, sim, pela conspiração contra o próprio *ethos* humano.

Torna-se urgente, na clínica, o reconhecimento dos tipos de problemas com que se tem que lidar na atualidade, que parece não ser ajudar a lidar com a morte, mas, sim, auxiliar o outro a lidar com a barbárie, a conspiração contra o *ethos* humano. Assim, Safra considera que na clínica, o trabalho deve ser de *holding*, de sustentação entre *o ser* e *o não ser*, a representação de forma contínua da memória do humano, sendo a sustentação como memória, a peculiaridade do mundo contemporâneo.

Conforme Winnicott (1983), o *holding* é o que protege da psicose. Considera que a psicose não é fruto de forças pulsionais, mas fruto de um *holding* insuficiente e, com isso, o sujeito cai num não ser; ele não consegue unir uma experiência de unidade de si mesmo, um *eu sou*, não consegue ser um sendo no tempo sem cotidiano. O *holding* está para fora da visibilidade, acontece pela atitude, posição, silêncio e presença do Outro. Graças a isso é que o bebê alcança o estado de *integração*. Os fundamentos da *integração*, um *eu sou*, são dados pela sustentação, memória, silêncio ou a voz da mãe, antes da palavra.

Nesse sentido, conforme Safra (2006), a empatia²² é fundamental enquanto elemento fundante, possibilitando um *eu sou*. O fenômeno empático é pré-reflexivo, possibilitando a emergência do acontecimento humano. Quando se está frente a um indivíduo, o seu modo de ser acontece no outro antes de poder nominar, em imagens e palavras. Somente se os braços ao redor do bebê estiverem presentes, haverá possibilidades de que o momento *eu sou* possa acontecer e permanecer. Ao contrário, o bebê estará exposto infinitamente. Sem o “em torno”

²¹ Citação da obra de Edith Stein - *Estructura de la persona humana*. Obras Completas. Vol. IV. Escritos Antropológicos y Pedagógicos. Monte Carmelo, 2003- lida por Gilberto Safra, no Programa de Formação Continuada - PROFOCO/ 2006 (SP) – *Do Holding à Sustentação da Experiência de Si*

²² Muito embora empatia habitualmente seja vista como derivada do psíquico, aqui passa a ser a possibilidade do psíquico. A compreensão de Safra sobre o fenômeno da empatia é a mesma adotada por Edith Stein.

que o abraço do outro dá, ele está em experiência de dispersão absoluta, sem contorno. Cada um mantém esse abraço em sua interioridade.

A capacidade da mãe sustentar o bebê é a oferta do mundo. Sem mundo que sustente a mãe, não tem mãe que sustente o seu bebê. O *holding* é a oferta do mundo através da mãe. O *holding* implica a oferta de um meio ambiente em consonância com as necessidades do bebê, não perdendo de vista a sua singularidade.

Apresentados, em linhas gerais, conceito, função e importância do *holding*, passa-se à introdução do conceito de Manejo, técnica através da qual se exercem as diversas funções ambientais consideradas fundamentais na constituição do *self* do sujeito.

Conforme Barreto (2000), muito embora não haja, na teoria de Winnicott uma sistematização conceitual sobre Manejo, torna-se possível a apreensão, através de seus escritos, de que Manejo se refere a uma intervenção no *setting* e/ou no cotidiano do sujeito, levando em conta suas necessidades, sua história e a cultura na qual está inserido, a fim de promover seu desenvolvimento psíquico.

O Manejo consiste no fornecimento de um ambiente adequado, no contexto e fora dele, que faltou ao paciente em seu processo de desenvolvimento, sem o qual só lhe resta existir em termos da utilização reativa de mecanismos de defesa e de potencialidades do id [...]. (WINNICOTT, 2000 p. 29).

A partir daí, Winnicott (1954) afirma ser o Manejo a técnica mais indicada para os sujeitos que ainda não alcançaram uma integração de *self*, configurando quadros em que a transferência é marcada pela indiferenciação em que a dimensão do *não eu* está por ser estabelecida.

Constata-se, dessa forma, que a técnica do Manejo torna-se adequada para trabalhar com contextos muito regressivos, em que o sujeito depende excessivamente do meio para as funções básicas.

Winnicott, conforme Khan (2000), aponta três tipos básicos de Manejo:

- *qualidade do contexto analítico*, preservando o analisando de interrupções;
- *oferta, por parte do analista, do que se faça necessário ao analisando*, dando-lhe liberdade e evitando intrusões pela interpretação, e/ou presença física;
- *o manejo somente enquanto possibilidade através de um ambiente social ou familiar*; podendo compreender desde os cuidados pela família e amigos até hospitalizações.

A partir de agora, visando dar maior visibilidade acerca da técnica do Manejo, passa-se à apresentação de fragmentos de caso clínico trabalhado por Safra (2006) a partir do que se procura demonstrar as formas de Manejo adotadas.

Em abordagem sobre *Manejo Clínico Ou Interpretação - Respeitando o Modo de Ser do Paciente para Lidar com Ansiedades Psicóticas* - 2006, realizada por Safra, a partir do relato da psicanalista Margaret Little, enquanto analisanda de Winnicott, Safra comenta:

Margaret teve experiências de extrema invasão na infância, foi excessivamente perturbada pela mãe, o que vinha à tona em grande parte das sessões, quando era invadida pela angústia, ficava paralisada no divã, não conseguia falar e nada acontecia na sessão. Diante disso, Winnicott percebendo que a sua ansiedade a impedia de falar, adotava o Manejo e aumentava o tempo da sessão (+30'). Ele a deixava em silêncio, para que se processasse os três tempos da experiência Humana²³ [...]. Margaret reconhece que assimilava o silêncio e a calma que o analista oportunizava e isso passava a ser absorvido à nível da própria corporeidade. Implica numa doação de silêncio e calma que demonstra a qualidade de uma presença que lá está, numa situação em que a paciente é respeitada em seu tempo. Dessa forma, o *Manejo* consiste num procedimento clínico, técnico e ético.²⁴

Conforme Safra (2004)²⁵, a presença à qual Winnicott se refere é uma presença viva, psicossomática, na qual a atenção estaria voltada para as condições estabelecidas naquele momento, pelo modo de ser do analisando, pelas angústias expressas na corporeidade em que a atenção validaria a presença.

O autor observa que, muitas vezes, os impedimentos dos indivíduos, quando muito violentos, estão relacionados à própria corporeidade, por não haver possibilidade de expressar e viver as suas emoções. Nesses casos, considera ser importante a abertura e legitimação do analisando por parte do analista, de forma a que o primeiro venha a ter acesso ao que outrora lhe fora impedido. Aqui, o analista deve estar vivo, sem medo de sentir. Ele legitima que o analista reconheça e experimente emoções que são próprias do analisando.

Margaret relata um episódio da *análise*, quando, frente à morte de uma amiga, viveu uma experiência de dissociação e não conseguia chorar. Frente a isso, Winnicott então chora e, somente a partir daí, ela consegue, num momento seguinte, chorar. Em relação a esse episódio, comenta que, quando criança, “não a deixavam chorar nem quando tinha dor de dente, Winnicott, então, diz: por que você chora sempre silenciosamente?” Ela conta então dos “choros cortados, da opressão, das falas torturantes” que retiraram dela a capacidade de

²³ A experiência humana a qual Winnicott se refere compreende os três períodos análogos ao da consagrada experiência da espátula que realizava quando das consultas terapêuticas para diagnosticar o estado da criança; Período de Hesitação, Superação da Hesitação e Vivência da Experiência Completa.

²⁴ Série: Estudo das Sessões de Winnicott por Gilberto Safra - Aula ministrada no Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP em 31.08.04.

²⁵ Manejo Clínico ou Interpretação: respeitando o modo de ser do paciente para lidar com ansiedades psicóticas.

chorar e poder fazer o repúdio à situação que a enlouqueceu. Winnicott, então, diz: “eu realmente odeio sua mãe!” Nesse momento, ele vive pela analisanda esse ódio.

Margaret reconhece que a capacidade de Winnicott estar sensibilizado com o que ela viveu e poder manifestar isso foi de grande valor.

O fato demonstra o quanto há momentos em que é necessário outro corpo interagindo, a presença psicossomática do analista. Safra (2006)²⁶ observa que o ambiente de Margaret era falseado e o analista não poderia repetir isso. Winnicott não deixava de expressar seus sentimentos, assim como de fazer esclarecimentos aos pacientes. Primeiro, respondia às perguntas com franqueza, somente depois indagava por que o paciente perguntava. Ele não acreditava ser útil ao analisando que ele ficasse na invisibilidade. O significado transferencial era abordado num segundo momento, ele privilegiava a relação com franqueza e não se escondia atrás de interpretações.

No Manejo, é fundamental falar a verdade, verbalizar as características doentias do ambiente. O analista deve nomear a forma como o paciente foi enlouquecido. Nesse sentido, Margaret Little reconhece que, a partir de Winnicott, lhe foi permitido saber a verdade, tornar possível e lícito aquilo que já sabia: “sua mãe é imprevisível, caótica e instala o caos ao seu redor”. Assim, ela podia confiar nas suas percepções.

Margaret conta que a mãe somente conseguiu sobreviver transformando tudo em uma grande brincadeira. Safra (2006)²⁷ observa que, na clínica, os sofrimentos que, de alguma forma se cristalizam em dado momento, são sofrimentos com qualidades transgeracionais, a mãe também foi enlouquecida no seu ambiente e só sobreviveu através de dissociações poderosas. Por isso, quando a analista falou de sua mãe, ele revelou um saber que lá estava, sem palavras. O sofrimento de alguém dá o saber da condição humana e também do outro que esteve ali. É um saber que revela como as pessoas significativas marcaram o sujeito. O autor assinala que, pelo modo de viver de alguém, pode-se perceber quem foi o outro ali presente. Neste caso, a intervenção é revelação e não interpretação. O analista tornou lícito à paciente compreender coisas que ela já sentia e conhecia, mas não sabia.

Adiante, alerta que o analista deve também permitir que o paciente seja ele mesmo, viva o seu próprio ritmo, uma vez que um dos elementos mais fundamentais da singularidade humana é o ritmo de cada um. Nesse sentido, poder contemplar o ritmo é questão fundamental na *análise*, é o reconhecimento do *ser* do analisando.

²⁶ Ibidem.

²⁷ Manejo Clínico ou Interpretação: respeitando o modo de ser do paciente para lidar com ansiedades psicóticas.

Margaret relata que, nas suas férias, Winnicott solicitou a uma amiga dela que a convidasse para visitá-la; da mesma forma, quando estava correndo riscos, querendo se matar, ele hospitalizava-a. Comenta também que, muitas vezes, durante as sessões, Winnicott escondia as chaves do seu carro, deixava-a só numa sala, propiciava um ambiente necessário as suas necessidades.

Os preceitos técnicos da época eram de não expressão de qualquer visibilidade do analista. Winnicott rompe com isso e demonstra o quão fundamental era para Margaret a sua presença por inteiro.

Winnicott pouco interpretava e apenas o fazia quando a questão podia tornar-se consciente. Considerava que a interpretação devia ser feita no momento em que o analisando consegue se apropriar do que é dito, alertando que poderia ser danoso exigir associação ou realizar interpretações em muitos casos.

Também em relação ao Manejo, Winnicott, em determinadas situações, quando delegava o caso a um colega, costumava comentar elementos, posturas que julgava poderem ser facilitadoras na relação analista-analisando. Masud Khan ilustra esses cuidados na obra *Quando a Primavera Chegar* (1991), quando, ao lhe ser repassado um caso por Winnicott, ele lhe diz: “ Ah, Khan, não troque de roupa. Suas botas e sua gravata de equitação darão mais segurança a Veronique do que qualquer coisa que você diga. Boa sorte, Khan’ . (KHAN, 1991, p. 46). A partir daí, monitorava à distância.

Apresentado em linhas gerais o conceito, função e importância do *holding*; assim como, introduzido o conceito de Manejo e sua potencialidade clínica, a partir de fragmentos de um caso clínico de Winnicott; passa-se a seguir a apresentar o conceito de *Placement*.

Conforme Safra (2006)²⁸, a origem do *Placement* está associada à experiência de Winnicott na 2ª. Guerra Mundial, quando acompanhou o processo de retirada de crianças de Londres para o interior da Inglaterra, protegendo-as dos bombardeios que ocorriam naquela ocasião.

No decorrer da experiência, Winnicott temia que o remanejamento das crianças para outro ambiente pudesse interferir negativamente no processo maturacional . Entretanto, veio a constatar que os novos ambientes ofereciam experiências de estabilidade e continuidade, até então inexistentes nos próprios ambientes de origem das crianças, destruídos e desintegrados. Ficou evidenciado, a partir de então, que o *Placement* poderia vir a ser um modelo significativo de intervenção clínica. Assim, o *Placement* passou a ser reconhecido como uma

²⁸ Curso *Placement*: a importância do lugar – S.P. 21.10.2006.

modalidade clínica mediante a qual o indivíduo é retirado de determinado lugar e colocado em outro, com uma provisão ambiental mais adequada as suas necessidades.

Muito embora seja um dispositivo clínico fundamental na obra de Winnicott, tornou-se pouco conhecido, dado às limitações na tradução que descreveu *Placement* tanto como alojamento, quanto como colocação, não retratando, dessa forma, a amplitude, complexidade e real importância de tal modalidade clínica.

Contudo, segundo Safra (2006)²⁹, cabe a ressalva de que o *Placement* não se limita a isso, é mais complexo do que um sentido geográfico de localização. Como tal, não é algo mensurável e, se assim o fosse, somente aconteceria quando houvesse mudança física. O *Placement* transcende a isso, à medida em que dar um *lugar* refere-se, sobretudo, a dar um *lugar* no Outro. É quando, na clínica, o indivíduo passa a dispor de moradia, segurança e raízes a partir da relação com o Outro. Nesse sentido, *dar um lugar* é dar a possibilidade de vivenciar o estar só sem viver a solidão absoluta.

Originalmente, o contexto do *placement* compreende a prevenção da delinquência juvenil. Na obra *Privação e Delinquência*, Winnicott explora essa questão. Conforme Safra (2006)³⁰, ele é contundente na afirmativa de que o tratamento para a delinquência não é a psicanálise e, sim, o *placement*, dada a necessidade emergente de antes de mais nada se disponibilizar um outro *lugar* ao indivíduo e, nesse contexto, trata-se, também, de um lugar físico tanto quanto subjetivo e existencial.

Um outro campo onde o *placement* passou a ter reconhecimento foi no trabalho com pacientes psiquiátricos, quando da constatação de anormalidades no lar de origem. Foi reconhecida a sua importância no fato de possibilitar uma experiência de re-significação do vivido originalmente, permitindo ao indivíduo encarar objetivamente o seu lar originário e constatar as características e a problemática que esse lar possuía, o que se torna possível somente mediante a experiência de se dispor de um outro *lugar* como referência.

Conforme Safra (2006)³¹, quando da utilização do *placement* com pacientes psiquiátricos, Winnicott assinala haver diferença entre esta modalidade clínica e a hospitalização psiquiátrica, ressaltando que o propósito da hospitalização era afastar aqueles que atrapalhavam, enquanto que o propósito do *placement* era exatamente dar um *lugar* a esses indivíduos, tal como eles se apresentavam.

²⁹ ibidem.

³⁰ Curso *Placement*: a importância do *lugar* – S.P. 21.10.2006.

³¹ ibidem

Nesse sentido, é compreensível tratar-se de uma das modalidades clínicas propostas por Winnicott, que vem recebendo distinção para a teorização do Acompanhamento Terapêutico, quando Safra (2006) pontua que: “[...] o acompanhante oferece fundamentalmente a seu paciente um *lugar*.” (SAFRA, 2006 p. 14).

Essa distinção, segundo o autor, está amparada no fato do Acompanhamento Terapêutico implicar presença, companhia, estar com, sendo todos considerados elementos constituintes do *ser*. Frente a isso o autor recomenda: “[...] ser quem se é com o outro. Não seja profissional, seja o simples. É preciso derrubar ser psicanalista para poder sê-lo, não perdendo nunca o encontro”. (SAFRA, 2006).³²

Na mesma oportunidade, o autor amplia e ressalta o *placement* enquanto modalidade clínica necessária ao mundo contemporâneo, dada a constatação de que “[...] habitar é a necessidade da clínica contemporânea e o habitar é sempre oferta do Outro, sendo o primeiro *lugar*, o na alma do Outro”.

Nesse sentido, a clínica, a partir da noção de *lugar*, implica reinventá-la. É quando Safra (2006)³³ ressalta: “[...] que o seu compromisso na clínica é a relação com a pessoa possibilitar fundar um *lugar*, onde o *lugar* é fundado, nasce uma paisagem; graças a isso ele encontra a experiência especular que se dá através do olhar do Outro [...]”.

A partir daí, o autor ainda esclarece que o *placement* ofertado pelo analista deve partir do princípio básico de que a pessoa desorientada perde referência de *lugar*, portanto, o primeiro *lugar* a ser oferecido é na relação analista-analisando. Nesse sentido, a confiança é que funda um *lugar*; sendo no *lugar* possível entrar em contato com o mais profundo da existência.

O *lugar* nasce, fundamentalmente, do encontro, tem faceta relacional, ética; um homem sem *lugar* adocece. Para Winnicott, o adoecimento maior é a perda da esperança e não a psicose. A clínica precisa saber cultivar a esperança. O *placement* é a esperança do sonho ser possível, é uma possibilidade, nem externa e nem interna, um sonho bom equivale à capacidade de ter um *lugar*. (SAFRA, 2006)³⁴.

³² *ibidem*.

³³ Curso *Placement*: a importância do *lugar* – S.P. 21.10.2006.

³⁴ *Ibidem*.

3 MÉTODOS

Trata-se de uma produção de conhecimento em psicanálise, e, conforme Safra (2004)³⁵, a psicanálise funda uma forma própria de conhecimento, mediada pelas noções de transferência e contra-transferência. Esse modo de produção está assentado na investigação que se dá no campo da intersubjetividade, a partir da relação sujeito-sujeito, na qual o pesquisador se recusa a objetificar o outro, sendo que nesse modelo, o rigor está em explicitar a subjetividade na interação. Difere da pesquisa centrada na relação sujeito-objeto, a qual pretende objetificar o fenômeno humano, a partir do que privilegia algum aspecto do ser humano, tomando por base o mesmo padrão de uma ciência exata, como a coleta de um material para análise. O que proposto no campo da psicanálise certamente culminaria no que, com propriedade, observa Mezan (1993):

[...] a idéia de um ‘pesquisador em psicanálise’ que se munisse de um elenco de problemas e procurasse resolvê-los por meio do que é geralmente admitido como pesquisa científica – observações, controles, previsões etc. – soa algo ridícula, e com boas razões provocaria hilaridade nos que possuem alguma noção do que é psicanálise[...]. (MEZAN, 1993 p. 49).

Certamente, não é disso que se trata aqui. Esta investigação, enquanto uma produção no campo da psicanálise, está assentada na intersubjetividade, cuja compreensão do fenômeno dá-se mediante a sua descrição narrativa.

Conforme Safra (2004)³⁶, em pesquisas desta natureza, a pretensão é a de compreensão do fenômeno, dos sentidos presentes na experiência e não nas suas causas, havendo elementos da subjetividade que não são passíveis de capturar totalmente. Por isso, alguns optam por pesquisar o comportamento humano e não a subjetividade.

Conforme Bicudo e Moraes (1994), é sabido que os conceitos que dão fundamentação à pesquisa qualitativa em Ciências Humanas são elaborados por descrições, na tentativa de focalizar o que surge do interior da linguagem na qual o indivíduo está mergulhado, na forma pela qual representa o mundo para si mesmo.

Todavia, é sabido que as descrições, por mais minuciosas que se apresentem, não refletem o que se passou na relação analítica. Tanto porque o analista não faz registros durante as sessões, sendo a sua descrição clínica sempre feita depois da experiência vivida,

³⁵ Mini-Curso realizado em 02 de outubro 2004.

³⁶ Ibidem.

como, ainda que o fizesse, esse não abarcaria todos os fenômenos que se passam entre analista-analisando, conforme bem observa Safra (1993).

Com relação ao referencial teórico utilizado para a análise do estudo de caso, muito embora já se saiba ser psicanalítico, dada a consideração pela noção de inconsciente, assim como pelos conceitos de transferência, contra-transferência e resistência, cabe o esclarecimento de que isso, por si, não basta, sendo necessário que frente a distintas escolas psicanalíticas se identifique à luz de qual delas o trabalho estará sendo analisado. Conforme Safra (2005)³⁷, trata-se de um dado relevante, considerando que cada teoria tem concepções de homem diferentes, o que não impede a interlocução entre elas, desde que se tenha o devido cuidado em reconhecer as diferenças. Segundo o autor, observa-se que freqüentemente o analista escreve e passa de um autor para outro sem problematizar as diferenças, usando os conceitos como “janela”. Adiante, esclarece a relação que os diferentes elementos fundantes da subjetividade vão ter frente ao processo de constituição subjetiva, assim como no que vai estar aparentada a noção de adoecimento, igualmente, nos dispositivos que serão utilizados para o tratamento.

Nesse sentido, estará sendo utilizado o referencial teórico de D. W. Winnicott, o qual parte da premissa de que o fundante da subjetividade é o gesto espontâneo, a criatividade; que o adoecimento ocorre sempre que o *gesto* estiver impedido. Considera-se como dispositivos a serem utilizados as distintas modalidades terapêuticas, notadamente a integração do *holding*, manejo e *placement*, na tentativa de possibilitar ao indivíduo recuperar o gesto espontâneo perdido e obter um *lugar* existencial.

Com relação ao método da pesquisa, conforme Safra (2005)³⁸, em se tratando de uma pesquisa no campo da psicanálise, os métodos utilizados são: o método psicanalítico, o método clínico e o método compreensivo.

O método psicanalítico visa a estudar um fenômeno essencialmente a partir do estudo da transferência, da experiência subjetiva, que se dá na relação analista-analisando, conforme o lugar que o analisando dá ao analista, sendo que os lugares estão relacionados a sua biografia, aos modos de se relacionar, de viver a presença do outro, como se esse outro fosse ainda alguém do passado.

³⁷ Método de Pesquisa: do projeto à elaboração do texto final - metodologias contemporâneas e suas bases epistemológicas com foco na pesquisa em psicologia e psicanálise.

³⁸ Ibidem.

O método clínico se propõe a estudar um fenômeno por meio de um estudo de caso, sendo as reflexões sobre a totalidade do caso. Esse era o método clássico utilizado por Freud, consagrando as suas descobertas oriundas diretamente da clínica.

O método compreensivo está relacionado tanto ao método clínico quanto ao psicanalítico. Pretende ser um método de conhecimentos psicanalíticos objetificados, implicando em redefinição e reposicionamento frente aos testes, os quais passam a ser usados como procedimentos e não mais como instrumentos, sendo privilegiada a compreensão global do caso.

Adiante, quando da Caracterização da Pesquisa, será melhor comentado o método clínico, pelo qual se fez a opção nesta pesquisa.

Quanto ao critério de verdade que estará pautando a pesquisa, ou seja, como haverá a comprovação do que vem sendo afirmado como verdadeiro, conforme Safra (2005)³⁹, alguns critérios de verdade foram surgindo ao longo da história do pensamento humano:

- *o da autoridade*, que pressupõe que é verdade e é verdade! Trata-se de critério questionável, pouco esclarecedor;
- *o da evidência dos fatos*, sustentado pela força da argumentação, em que os dados têm sua afirmação na verdade;
- *o da utilidade*, que considera a utilidade e a veracidade; *a prática de intervenção social*, a qual produz transformações na sociedade.

Com relação ao critério de verdade que respalda esta pesquisa, adianta-se não ser nenhum desses. Ressalta-se que, na pesquisa *sujeito-sujeito*, não interessa encontrar verdades. Nesse sentido, apresenta-se como muito elucidativa a colocação de Resende (1993), a partir do resgate etimológico da palavra verdade:

[...] em grego, verdade diz-se *aletheia* e pode ser traduzida tanto por desvelamento como por não-esquecimento. Em termos psicanalíticos, mais do que desvelamento, a experiência da verdade é desnudamento, desmascaramento, quebra do espelho, queda dos ídolos ... numa experiência de desconstrução indispensável para um segundo momento de reconstrução na recuperação do nome próprio, da palavra autêntica, da criatividade e da generosidade amorosa. [...] a verdade é gratidão e é símbolo. Melanie Klein (*Inveja e Gratidão*) e Heidegger (*O que significa pensar*) coincidem na maneira de nos falar sobre o pensar e a gratidão, como os dois fatores de que a verdade serve-se para humanizar o sujeito do inconsciente. Creio que dificilmente se encontrarão coisas mais bonitas a pesquisar do que a psicanálise nos revela. (RESENDE, 1993 p. 118).

³⁹ Método de Pesquisa: do projeto à elaboração do texto final - metodologias contemporâneas e suas bases epistemológicas com foco na pesquisa em psicologia e psicanálise.

A partir daí, se, na concepção de “busca da verdade,” couber a substituição do sentido de desvelamento por desnudamento, pode-se considerar que o critério, em alguma medida, seja o da verdade, todavia, considera-se, amparado em Safra (2005), que impõe-se a qualquer critério, o critério da ética, a ética do encontro que se fez possível.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A partir de Minayo, (1994), sabe-se que a pesquisa qualitativa distingue-se das demais por ser o sujeito o seu objeto de investigação, sujeito este portador de consciência histórica, visão de mundo, apresentando-se concomitantemente como ator e como fruto do contexto que integra. Além disso, trata da identidade entre sujeito e objeto da investigação, independente mente das diferenças oriundas da cultura, classe social, faixa etária etc..., todos possuem um substrato comum, tornando o sujeito e o objeto imbricados e comprometidos.

Conforme Bicudo e Moraes (1994), tanto a natureza teórica quanto a prática, concomitantes, deverão integrar o método da pesquisa qualitativa. Ambas fornecem a instrumentação para observar e analisar a realidade de modo teórico, desde o início, assim como fornecem recursos para ver os objetos da percepção na sua origem social, histórica e de funcionamento, na sua interdependência e determinação do seu desenvolvimento.

Na presente pesquisa, a opção se deu pelo método clínico. Optou-se, inicialmente, por relatar as três primeiras sessões – que integraram o estágio extra-curricular realizado pela acadêmica no CAPS - com o maior detalhamento possível, visando a uma compreensão ‘de chegada’ sobre o caso; a partir daí, apresentam-se os fragmentos das sessões seguintes, considerados relevantes para a articulação teórico-prática à qual a pesquisa se propõe.

Nesse sentido, cabe a ressalva feita por Safra (1993):

Ao iniciarmos uma investigação a partir de um material clínico, realizamos um recorte, que é delimitado pelo aspecto ou fenômeno que estamos interessados em pesquisar, e também pelas concepções teóricas que utilizamos em nosso trabalho. [...] O importante é sublinhar que há inúmeras possibilidades de pesquisa: a escolha dependerá dos interesses do pesquisador. (SAFRA, 1993 p. 130 –131).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO E DA INSTITUIÇÃO PESQUISADA

O sujeito da pesquisa é do sexo masculino, identificado como “D”, 26 anos, morador de uma praia, localizada no município de Palhoça – S.C., solteiro, reside atualmente com os pais. “D” é usuário do CAPS Palhoça, há 2 anos, com diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia paranóide e um histórico de 3 internações psiquiátricas no Instituto de Psiquiatria de SC. “D,” atualmente, faz uso da medicação : Leponex 100mg , Akineton 2mg e Closapina 400 mg .

O usuário frequenta o CAPS numa periodicidade semanal, sendo previsto, em seu Projeto Terapêutico, duas idas semanais, sendo uma para participação em Grupos Terapêuticos e a outra para realização de Acompanhamento Terapêutico.

A coordenação do CAPS solicitou a realização de Acompanhamento Terapêutico para “D”, dadas as necessidades do usuário de ampliação dos níveis de autonomia, especialmente quanto ao seu deslocamento físico pela cidade, até mesmo para ir sozinho ao CAPS.

O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II - Palhoça foi criado pela Prefeitura Municipal de Palhoça, em 08 de agosto de 2002. O CAPS II - Palhoça é um serviço credenciado no SUS, que oferece atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Oferece serviços de equipe multiprofissional, treinada para desenvolver programas de hospital-dia, oficinas terapêuticas, atividades individuais e grupais, com os usuários desse serviço e seus familiares. Os profissionais podem acompanhar iniciativas na área de trabalho, moradia, lazer e cultura, oferecendo suporte clínico e de reabilitação psicossocial, que facilitem a integração social dos usuários e seus familiares.

Os usuários do CAPS apresentam, em sua grande maioria, um baixo poder aquisitivo, baixo índice de alfabetização, sofrimento psicológico intenso e significativa inibição social. Atualmente, estão cadastrados no programa aproximadamente 150 usuários. Cada usuário do CAPS possui uma determinada modalidade de atendimento conforme as determinações da Portaria GM 336/02 . São estes os seguintes tipos de modalidades:

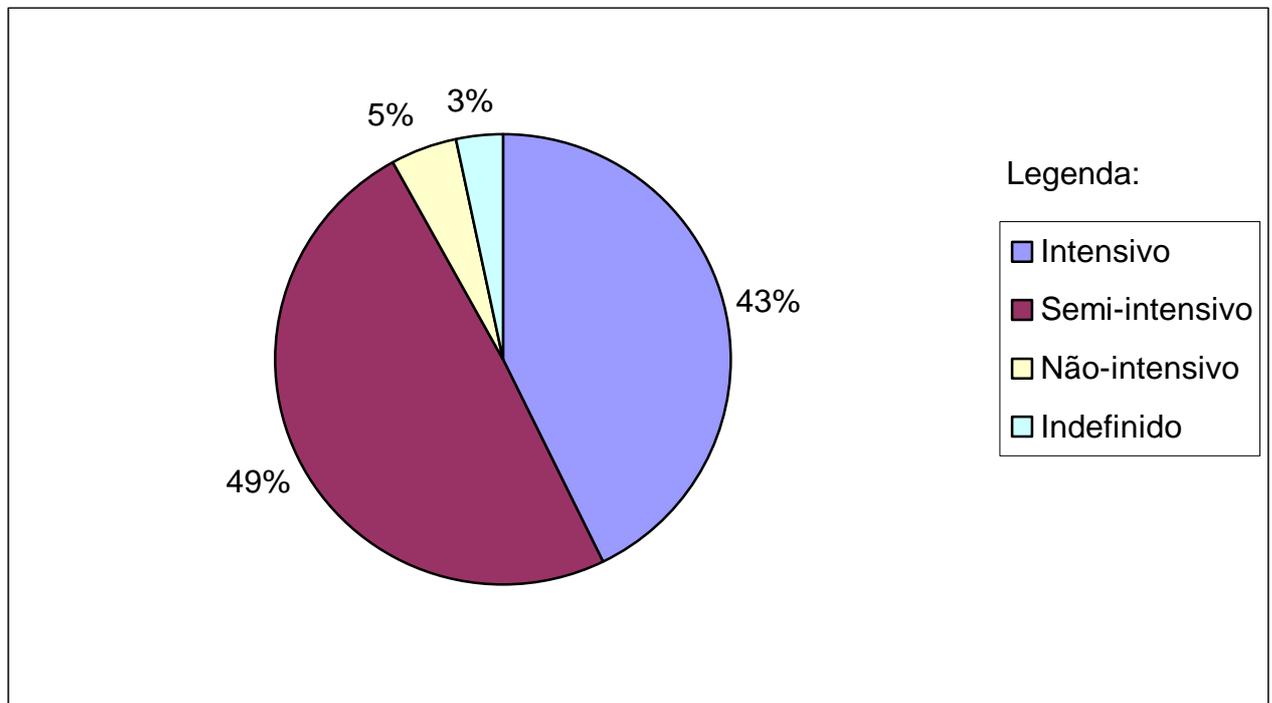
- Atendimento Intensivo: Trata-se de atendimento diário, oferecido quando o usuário encontra-se em grave sofrimento psíquico, em situações de crise ou intensa dificuldade social e familiar.
- Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade, o usuário pode ser atendido três vezes por semana. Essa modalidade é oferecida, quando o sofrimento e a

desestruturação psíquica estão diminuindo, melhorando a possibilidade de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para ampliar sua autonomia.

- Atendimento Não-Intensivo: Atendimento oferecido, quando o usuário não necessita de suporte contínuo da equipe para viver em sociedade, podendo ser atendido até três dias por mês.

Dentro destas modalidades, encontram-se atualmente no CAPS 43% dos usuários pertencentes à modalidade intensivo, 49% pertencentes à modalidade semi-intensivo, 5% não-intensivo e 3% sem modalidade definida até o momento, conforme descrito a seguir.

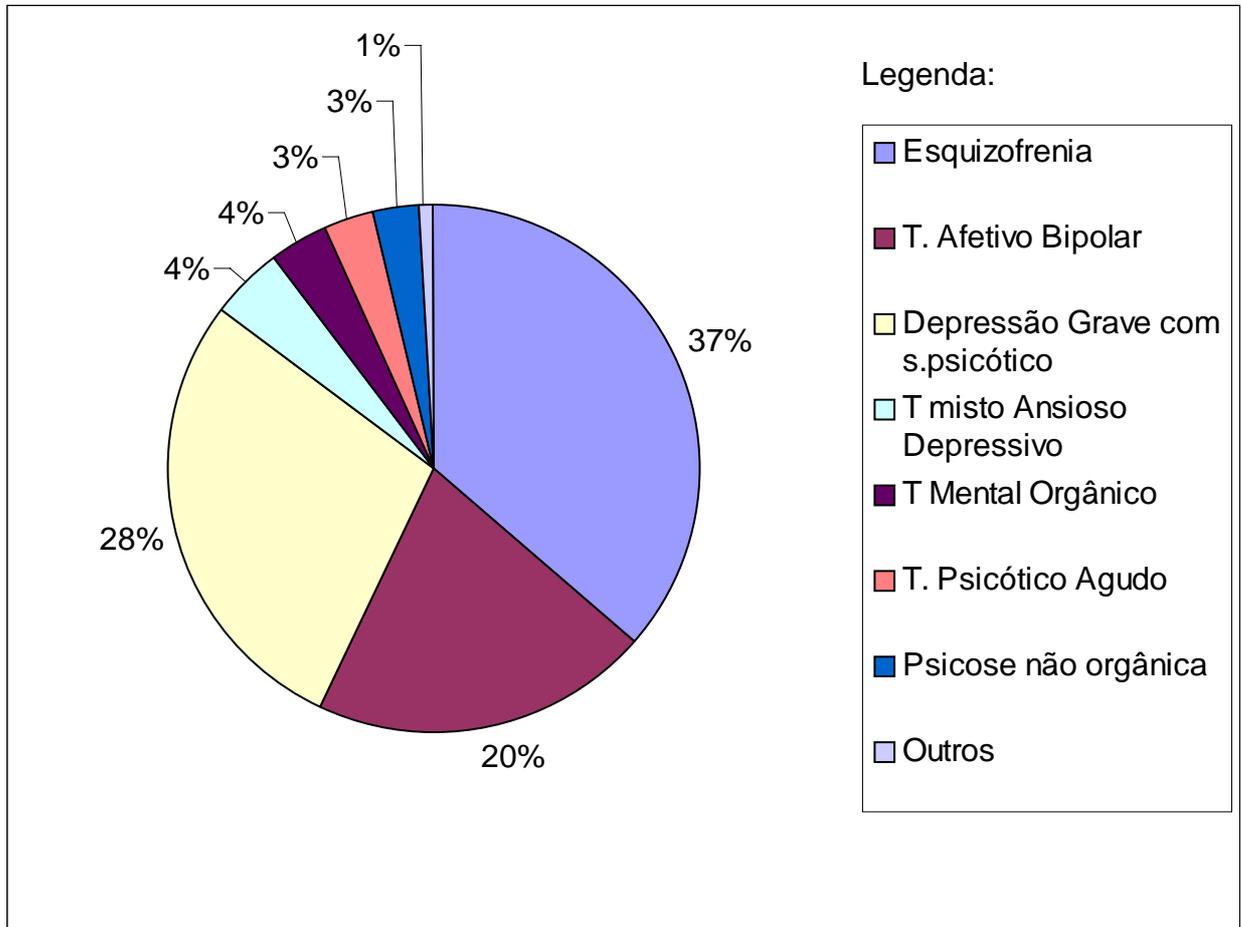
Figura 1- Ocorrência Percentual de Usuários por modalidades de Atendimento no CAPS – Palhoça – SC em março de 2006:



Fonte: Projeto Terapêutico do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS/ Palhoça – Março de 2006.

Em relação ao diagnóstico que cada usuário do CAPS apresenta, constata-se que, dos usuários inscritos no programa, 37% apresenta o diagnóstico médico de Esquizofrenia, 20% Transtorno Afetivo Bipolar, 28% Depressão Grave com sintomas psicóticos, 4% Transtorno Misto Ansioso Depressivo, 3% Transtorno Mental Orgânico, 3% Transtorno Psicótico Agudo, 3% Psicose Não Orgânica e 1% outros diagnósticos psiquiátricos.

Figura 2 – Ocorrências Percentuais dos Tipos de Transtornos Mentais dos Usuários do CAPS – Palhoça SC em março de 2006:



Fonte: Projeto Terapêutico do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS/ Palhoça – Março de 2006.

Crítérios para seleção dos sujeitos atendidos:

- apresentarem sofrimento psíquico grave cujo comportamento ofereça risco a sua vida ou de outros;
- necessitando de assistência diferenciada da oferecida em regime ambulatorial; serem moradores do município de Palhoça; serem maiores de 18 anos;
- terem histórico de internações psiquiátricas ou serem suscetíveis a tal; terem perdido as condições de convívio social.

O espaço físico do CAPS Palhoça consiste em uma recepção, uma sala da administração, duas salas de oficinas, duas salas de estar, duas salas para trabalhos em grupo, uma sala de atendimento individual da enfermagem, uma sala de medicação, um consultório do médico, um consultório da psicóloga, uma sala da assistente social, um refeitório, uma

cozinha, e atualmente estão sendo construídas uma sala para associação dos usuários e também uma área de lazer.

O horário de funcionamento do CAPS Palhoça é de segunda a quinta-feira, das 7:00 às 18:00 horas e na 6ª. feira das 7:00 às 17:00 horas. Integram a equipe uma coordenadora, um médico psiquiatra, uma psicóloga, uma assistente social, três enfermeiras, um técnico de enfermagem, duas recepcionistas e estagiários dos cursos de psicologia, enfermagem e naturologia da Universidade do Sul de S.C. – Unisul.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Considera-se oportuna e necessária a retomada dos objetivos da pesquisa para proceder-se a análise e interpretação dos dados obtidos. Constituíram-se objetivos:

- geral: “investigar os conceitos de *Holding*, *Manejo e Placement* como aportes que fundamentam ética e tecnicamente o Acompanhamento Terapêutico, num caso de esquizofrenia paranóide”;

- específicos: compreender a teoria psicanalítica de D.W. Winnicott sobre a constituição do psiquismo e o desenvolvimento emocional primitivo; identificar os pressupostos teóricos de Winnicott que fundamentam a prática do AT; caracterizar a prática do AT num caso de esquizofrenia paranóide, a partir dos conceitos clínicos de *Holding*, *Manejo e Placement*.

Uma primeira análise, que se considera relevante, refere-se ao estabelecimento do objetivo no que diz respeito ao previsto e ao vivenciado, não somente quanto à medida do alcance em si, mas quanto ao seu sentido atualizado no que foi efetivamente vivenciado, tanto através da investigação teórica dos conceitos, quanto do que a experiência clínica possibilitou.

Para tanto, sublinha-se que a busca por uma “fundamentação ética e técnica” para o Acompanhamento Terapêutico, nesse momento, dá lugar à reflexão de que a busca deve se fazer, prioritariamente, pela “fundamentação ética”. Essa compreensão é fruto especialmente de leituras que, ao longo da investigação, foram feitas da produção de Gilberto Safra, notadamente em relação aos desafios da clínica contemporânea.

Recorreu-se ao autor, enquanto uma referência em Winnicott, na tentativa de uma compreensão dos conceitos centrais contidos para investigação no objetivo - *Holding*, *Manejo e Placement* - e, surpreendentemente, o que ali se descortinou foi muito mais, foi uma nova concepção de clínica, a qual se considera, nesse primeiro momento da análise, um dos grandes ganhos dessa investigação. Seja porque se apresenta convincente face a sua consistência e originalidade, seja porque o que vem dando sustentação e sentido aos conceitos, até então pesquisados, é exatamente a vertente ética frente à qual a técnica se relativizou.

Em “*Situação Clínica e Mal Estar Contemporâneo: da Técnica à Ética*” (2006), Safra discute as características do mundo contemporâneo, demonstrando, a partir daí, que as exigências na clínica estão para além da técnica:

As características do mundo contemporâneo são a industrialização, urbanização, pautadas pelo capital; desviando dimensões significativas da condição humana e provocando: estilhaçamento das relações pessoais; mudança nas formas de trabalho (técnica se sobrepondo) ; alterações nas formas de comunicação (hipertrofia da informação); perda da dimensão da experiência; desenvolvimento mitológico da importância do progressivo, vendido como um bem; realidades humanas apresentadas como espetáculos (de fora), convidando o indivíduo a assistir e não a experimentar a vida; alterações na subjetividade humana (na clínica aparecem as personalidades pós-modernas); o imaginário sendo organizado tecnicamente. Invasão do inconsciente por meio das imagens bidimensionais. Captura do corpo contemplado como imagens e não subjetividade (falsos self's, sujeitos sem interioridade).[...]. Hipertrofia do intelecto, conhecimento como informação. Perde-se a literatura, o pensar, não se faz uso pessoal do que se aprende, (personalidades organizadas por 'supostas' reflexões, o simples, o vivido, desaparece...). Rouba o homem da ação. Daí a importância do jogar como experiência (organizações subjetivas decorrentes não de forças pulsionais, mas por que foram projetadas de fora). Assim, a demanda é de que o trabalho não seja técnico e sim ético.

Considera-se o contexto contemporâneo descrito por Safra aterrorizador sob o ponto de vista da ameaça que representa para a saúde psíquica do sujeito, revelando-se oportuna a reflexão sobre até que ponto é menos aterrorizador do que aquela situação com a qual o bebê se deparou quando das suas angústias primitivas, levando-o a uma forma de organização defensiva. E, em não havendo muita diferença, a partir daí, que tipo de sustentação se faz necessária na clínica contemporânea?

Safra, em “Hermenêutica na Situação Clínica” – 2006, p. 32, assinala:

Em decorrência de um mundo configurado segundo essas perspectivas, encontramos com frequência pessoas que despenam por não encontrar *gesto*, obra ou um Outro que lhe dê acolhimento e o acesso a um sentido para a sua agonia, que desvele a sua condição ontológica. Poderíamos compreender a presença do outro, dando acolhimento e possibilidade de sentido como explicitação de que nossa condição é originariamente amorosa.

Segundo o autor, muito embora o amor seja, frequentemente, compreendido como sentimento e, portanto, preenchimento, podemos passar a compreendê-lo sob um outro ponto de vista: como *posição*. Analogamente, encontra-se a posição do estado de devoção, caracterizado pela abertura da mãe ao seu bebê, preocupada com ele. Dessa forma, passa-se a compreender amor não somente como sentimento, mas como lugar e como posição.

A partir desse lugar e dessa posição, reafirma-se o ponto de vista apresentado inicialmente de que, na clínica contemporânea, a ética se sobrepõe à técnica e isso - conforme alerta Safra, sempre que se refere aos desafios da clínica na contemporaneidade - significa uma volta aos fundamentos do humano, ao originário.

Retoma-se, agora, o objetivo estabelecido para a pesquisa, quanto ao seu alcance, a partir do que se resgata a hipótese do *Holding*, *Manejo e Placement*, enquanto supostos

pilares para a experiência de Acompanhamento Terapêutico, num caso de esquizofrenia paranóide, constatando-se que isso se fez possível.

As três modalidades clínicas investigadas apresentaram-se, de fato, como pilares de sustentação para o Acompanhamento Terapêutico de “D”. Um primeiro aspecto que leva a essa confirmação é o fato de “D” corresponder ao perfil reconhecido por Winnicott, conforme Safra (2006), de uma *pessoa que não alcançou a integridade*, não construindo um *eu sou* assegurado - o que, no decorrer da análise, pretende-se melhor demonstrar – e, como tal, tende a beneficiar-se de modalidades distintas a da psicanálise clássica.

Assim, o trabalho, através das três modalidades clínicas, dá a devida fundamentação à clínica do Acompanhamento Terapêutico. No que diz respeito ao *holding*, enquanto sustentação entre o ser e o não ser; ao manejo, à medida em que possibilita o exercício das diversas funções ambientais consideradas fundamentais na constituição do seu *self*, respeitando, sobretudo, o ritmo do sujeito; e ao *placement*, quanto à oferta de um *lugar*, ao acolhimento da sua singularidade, à personalização, pois o corpo somente pode se constituir, se é acolhido por um *lugar*.

Apresenta-se, a seguir, fragmentos de sessões do Acompanhamento Terapêutico, realizadas com “D”, articuladas aos fundamentos teóricos investigados.

Inicialmente, relata-se as três primeiras sessões, a partir daí, apresentam-se os fragmentos das sessões restantes, considerados relevantes para a articulação teórico-prática à qual a pesquisa se propõe.

Ressalta-se, igualmente, que as três primeiras sessões dizem respeito ao período de estágio extra-curricular, realizado pela acadêmica no CAPS; sendo o conteúdo seguinte fragmentos das sessões seguintes, referente ao estágio curricular, na disciplina TCC – II.

Cabe o registro, também de que, no primeiro estágio, o objetivo estabelecido era ampliar a autonomia de “D” no deslocamento pela cidade, sendo realizada uma supervisão com enfoque predominantemente na dimensão político institucional do AT. Já, no estágio curricular devido as dificuldades de “D” quanto à imagem inconsciente do corpo, foi estabelecido, em supervisão, que o objetivo seria, em alguma medida, trabalhar os registros do *imaginário e simbólico*⁴⁰ com “D”, de forma que ele desenvolvesse recursos para retomada

⁴⁰ Os registros do *imaginário* e do *simbólico* integram a concepção da psicanálise lacaniana dos registros essenciais para constituição do sujeito: *Simbólico, Imaginário e Real*. Conforme Vanier (2005 p. 18), o *Simbólico* remete simultaneamente à linguagem e à função compreendida por Claude Lévi-Strauss como aquela que organiza a troca no interior dos grupos sociais; o *Imaginário* designa a relação com a imagem do semelhante e com o “corpo próprio”; o *Real*, que deve ser distinguido da realidade, é um efeito do *Simbólico*: o que o *Simbólico* expulsa, instaurando-se.

dos laços sociais, desenvolvendo uma capacidade mínima de significação das coisas em sua vida.

O primeiro objetivo foi atingido progressivamente; ao final do primeiro estágio, “D” deslocava-se sozinho para o CAPS, ampliando pouco a pouco as condições de circulação pela cidade. A par disso, iniciou um curso de informática, que freqüentou até o final do estágio, apesar das dificuldades de concentração e compreensão nas aulas. Entretanto, em alguma medida, conseguia com auxílio de outra pessoa - algumas vezes, sua irmã - navegar pela Internet em busca de imagens de Brad Pitt. Ator eleito por “D”, pelo qual desenvolveu um processo de idealização e identificação, atribuindo-lhe qualidades positivas exageradas e projetando nele os seus conflitos internos.

Quanto ao segundo objetivo, na experiência, vem se revelando mais difícil de atingir, entretanto, a busca por outras possibilidades de abordagem do caso vêm reascendendo as esperanças de que algo em “D” se processe, minimizando o seu sofrimento psíquico e, como tal, possibilitando-lhe uma vida mais saudável. No decorrer da apresentação dos fragmentos das sessões seguintes referentes ao segundo estágio, serão melhor comentadas tais possibilidades.

Fui apresentada a “D”, em companhia de seu pai, Sr. “J”, nas dependências do CAPS Palhoça. A coordenadora local havia falado com “Sr. J” sobre a possibilidade de ser disponibilizado a “D” um trabalho de Acompanhamento Terapêutico, de forma que ele pudesse deslocar-se sozinho de sua casa até o CAPS, o que, até então, somente era feito em companhia do pai. Sr. “J” mostrou-se bastante receptivo à proposta, enquanto que “D”, na maior parte do tempo, parecia nem sequer estar ali, vindo somente de passagem a cada convocação do pai: - “Tá ouvindo “D”, presta atenção, menino!”, quando a sua ausência se fazia muito presente. Ainda assim, nessas passagens, não havia interação conosco, o seu corpo era recolhido, guardado nele próprio, o olhar distante, sem brilho, o rosto sem expressão, nem quando, nos momentos de impaciência, levantava-se, ficando ressaltada a sua aparência física mal cuidada (cabelos oleosos, barba por fazer, unhas por cortar, cheiro de suor intenso). Desordenadamente, e respondendo ao controle do pai, informava: tô fumando lá fora! As palavras eram poucas, breves, na maioria das vezes, desconexas e, frente a qualquer tentativa de esclarecimento, tornavam-se imediatamente fugidias.

Aquele primeiro contato com “D” já dava uma pequena mostra do que era a esquizofrenia, especialmente quanto ao que Ballone (2005) descreve como algumas de suas manifestações e sintomas, no caso em questão, perturbações na forma e curso do pensamento (incoerência, prolixidade, desagregação), comportamento desorganizado, agitação

psicomotora, negligência nos cuidados pessoais, destacando-se o chamado sintoma negativo, representado pela pobreza do conteúdo do pensamento e da fala. Ficava evidenciado, também, que, em “D”, havia algum comprometimento das funções psíquicas: comportamento, afetividade e pensamento, sendo que o da ordem do pensamento era o que, naquele momento, mais se destacava.

Muito possivelmente, “D” não dispôs do que Safra (2006) denominou como o “abraço do Outro”, faltando-lhe a sustentação necessária ao desenvolvimento da condição de um *eu sou*. Surgem, aí, os primeiros indícios da importância do *holding* no Acompanhamento Terapêutico de “D”.

Retomando o contato com Sr. J., lá permanecíamos, discutindo sobre como seria o Acompanhamento Terapêutico de “D”. Foram apresentadas as linhas gerais do trabalho, assim como ressaltada ao Sr. “J” a importância da frequência de “D” às sessões - tendo ficado estabelecida uma sessão semanal de duas horas - assim como que, progressivamente, “D” começaria a ir sozinho de ônibus para o CAPS, quando então eu o esperaria no ponto de ônibus e o levaria novamente até o ponto de ônibus no seu retorno.

Conforme Carrozzo, (2001), citado por Cauchick, (2001, p.11), a complexidade inerente à psicose requer que o tratamento se dê em forma de rede, nesse sentido, torna-se imprescindível o envolvimento e participação da família no processo.

Associado a isso, conforme alerta Safra (2006), sempre que se recebe um psicótico para tratamento, junto está se recebendo a família. De fato, é muito semelhante ao tratamento com uma criança e muito diferente da clínica da neurose.

Definidos os objetivos do AT, despedimo-nos do Sr. “J” e iniciamos, naquele mesmo dia, a experiência de clínica ampliada. Ali estávamos, Acompanhante Terapêutica e Acompanhado, dando início a nossa caminhada.

A 1ª. sessão de AT com “D” consistiu numa caminhada nas imediações do CAPS, marcada pelo silêncio, pela displiscência ao atravessar as ruas e o interesse por folhear, ansiosamente, revistas na Banca de Revistas da Pracinha.

“D” folheava muitas revistas, detalhada e rapidamente, como que procurando algo, mas sem muito tempo para fazê-lo. De minha parte, eu fazia seguidas tentativas de manter algum contato verbal, em vão; limitava-me, então, a ficar, também, em silêncio ao seu lado. Passados uns quinze minutos, ele compra uma revista *Caras*, não fazendo nenhum comentário a respeito. Peço para olhar e ele diz: “depois, depois”.

Essa foi a primeira passagem com “D”, que me colocou mais em contato com as minhas limitações diante de um não saber, um não fazer e um não ser, as quais me

provocaram um sentimento de profunda incompetência. Um pouco do que senti encontrei comentado por Safra (2005), quando conta que, na sua experiência com iniciantes na clínica, de forma geral, eles compreendem que a ajuda ao paciente se dá através da fala ou interpretação. Frente a isso, eu me perguntava: haveria outra forma que porventura dispensasse a palavra? Parecia haver, e isso, aos poucos, para mim, ia transparecendo na vivência dos conceitos de *Holding*, *Manejo* e *Placement*.

Retornamos ao CAPS, onde nos aguardava o Sr. “J”, para irem embora, ficando combinado que, na segunda sessão, “D” iria sozinho. Seu pai o embarcaria no ônibus, quando da saída de sua residência e eu esperaria por ele no ponto de ônibus da Palhoça. Peço a ele que, depois de olhar a revista, traga-a para me emprestar no nosso próximo encontro, ele acena positivamente com a cabeça e nos despedimos.

Assim, na 2ª. sessão com “D”, recebo-o no ponto de ônibus. Perguntado sobre a Revista, ele diz: “Esqueci”. Pergunto, então, o que gostaria de fazer naquele dia e ele me responde : - “ I no shopping Beiramar, lá é manero, manero”. Não hesitando frente ao fato de “D” ter colocado em palavras a sua vontade, convido-o para ir até o carro e então nos dirigimos ao Shopping Beiramar, em Florianópolis.

Tão logo “D” desce do ônibus e me vê, aguardando por ele, parece de alguma forma ter me enxergado. Esse fato me reporta à questão da confiança, isto é, naquele momento, “D”, ao sair do ônibus, se viu sozinho, por um lado, mas, por outro, constatou que eu estava a sua espera, conforme o combinado; estava sendo possível confiar. Isso demonstra aspectos do *holding* para fora da visibilidade, acontecendo através da atitude, da posição do sujeito. (WINICOTT, 1983), o que me reporta ao conceito de *placement ofertado pelo analista*, o qual, conforme Safra (2006), deve partir do princípio básico de que a pessoa desorientada perde referência de *lugar*, portanto, o primeiro *lugar* a ser oferecido é na relação analista e analisando; nesse sentido, a confiança é que funda um *lugar*.

No trajeto de carro, o silêncio se instalava novamente, vindo a ser quebrado somente em alguns momentos, por mim, através de perguntas, ora sobre o Shopping, ora sobre a cidade que passava pela sua janela, a qual olhava atentamente, enfim, todas as tentativas em vão. Por um lado, buscava algo que me situasse sobre o que estava se passando com ele, e, por outro, minimizasse o desconforto de ter que limitar-me a ouvir os ruídos do carro, sem respostas à questão que me acompanhava desde o nosso primeiro encontro: o que se passará internamente com “D”, como vive o seu sofrimento psíquico?

Nesse sentido, é muito ilustrativa a observação do acompanhante terapêutico Daniel Vaz Smith, integrante do projeto de AT na rede pública, quando, em entrevista à Palombini

(2004, p. 73), compartilha que o não reconhecimento dos ‘registros heterogêneos’ do psicótico provocam certo desespero e perplexidade, podendo ser comparado ao estar diante de um espelho quebrado, que refrata a luz em mil cores e tons.

Era diante dessa perplexidade que eu me encontrava, sem compreender como “D” vivenciava o seu sofrimento psíquico, inatingível naquele momento, cujo desvelamento, que ainda não se fazia possível, me daria sustentação para prosseguir o nosso trabalho. Acreditava que ele aconteceria mediante a minha disponibilidade de ali estar, do acolhimento, da escuta, da “presença psicossomática” a qual Winnicott se referia. Tarefa aparentemente simples, mas que, na relação, se revestia de grande complexidade. Presente, aqui, o paradoxo comentado a partir de (MORIN, 1999 apud CARVALHO, 2004 p. 49), de que a simplicidade e a complexidade andam juntas, levando de fato a uma desapropriação de um saber instalado e a construção de um novo saber.

Durante o trajeto, “D” lançava alguns olhares furtivos para mim, na direção do automóvel, dividindo-os entre o painel do carro e os estímulos externos. Na chegada ao Shopping, a displiscência com que atravessava as ruas, na sessão anterior, dava lugar à observação atenta de tudo o que o rodeava. Pergunto o que gostaria de fazer e ele prontamente responde; -“vê revista”. Vamos até a Banca de Revistas e, lá chegando, ele se dirige, num movimento corporal desordenado, a uma atendente, quase a empurrando; diante disso, eu me aproximo e dou o primeiro limite corporal a ele.

Essa foi a primeira situação vivenciada com “D”, a qual demonstrava que a saída das quatro paredes do *setting* e o contato com o mundo lá fora, de fato, colocava-me frente ao desafio de combinar os cuidados de adequação social – através do limite corporal que se fazia necessário - ao seu *gesto* autêntico, ali expresso. Não houve impedimento do *gesto*, afinal, era assim, meio desastradamente mesmo, que ele se podia fazer presente naquele momento.

“D”, então, pergunta a ela: “Você tem revista do *Ranner*”? – expressão que “D” utiliza algumas vezes conjugada ao nome do ator. Quando perguntado sobre o que ou quem é *Ranner* ele responde: “é o mais maleiro do mundo”; frente a que, eu continuava sem saber do que, ou de quem se tratava. A moça reage com expressão de estranheza, possivelmente não tanto pela pergunta em si, mas pela forma de abordagem, e, ainda assim, responde: -“Ih! um monte, só que você é que vai te que olhá. Só dele mesmo tem uma que é essa aqui, só que é importada e é mais cara, R\$ 68,00”. Ele olha para mim, não responde e começa a folhear as revistas ali expostas. Eu, naquele momento, me sentia novamente enxergada por “D” e, num misto de constrangimento, pela forma como ele abordou a atendente, e lamentando, pelo valor da

revista ter colocado fim ao seu diálogo com ela, respondo: - “obrigada pela atenção, mas tá meio cara prá gente, vamos então olhar outras”.

E assim fizemos, permanecendo ali por uns trinta minutos, folheando especialmente “*Caras, Contigo e Capricho*”, as suas preferidas.

Eu me mantinha ao seu lado, acompanhando a passagem de folha por folha, atenta a que surgisse algo que provocasse nele alguma reação, na expectativa de que, a partir daí, compartilhasse comigo o que estava se passando. Mas isso não acontecia. Passado esse tempo, havia praticamente se esgotado a sua procura, e pude constatar, naquela procura, que não se tratava mais de um folhear aleatório de revistas. “D”, deliberadamente, procurava por algo que possivelmente lhe daria alguma estabilização interna, por alguém, possivelmente através de quem pudesse se ver. Parecia haver em “D” dificuldades importantes em relação à imagem inconsciente do próprio corpo.

O conceito de Imagem Inconsciente do Corpo, em Dolto (1988), esclarece ser essa imagem nem um esquema corporal, nem um corpo fantasiado, mas, sim, o lugar inconsciente de emissão e recepção das emoções, inicialmente, focalizadas nas zonas erógenas de prazer, representando uma memória inconsciente do vivido, vestígio estrutural da história emocional do sujeito e não prolongamento psíquico do esquema corporal.

Passava a consolidar-se, a partir desse encontro, a hipótese de que “D” integrava mesmo o rol de *peessoas que não alcançaram a integridade*, não havendo um *eu sou* garantido, necessitando, na clínica, de uma combinação permanente das modalidades clínicas Manejo e *Holding*.

Ainda que os autores referidos sejam representantes de concepções psicanalíticas distintas⁴¹, pode-se considerar, como elemento comum, que a construção da imagem inconsciente do corpo dá-se a partir da comunicação sensorial e linguagem ouvida, estruturando-se, na relação intersubjetiva, com as figuras de referência da criança, notadamente a mãe.

Nesse sentido, as lacunas que ficaram em aberto no desenvolvimento primitivo de “D” não lhe permitiram sequer a constituição dessa imagem; não havia, ali, esse registro, necessitando tardiamente de um Outro para operar como espelho.

“D” me pede que compre uma revista *Caras*, que havia separado. Eu fico de imediato sem saber o que fazer, preocupada com o que “tecnicamente” seria mais indicado. Ainda sem muita convicção, resolvo comprar, em nome do chamado “fortalecimento do vínculo

⁴¹ Dolto considera o desejo como elemento fundante da subjetividade, enquanto que Winnicott, a criatividade.

transferencial”; por outro lado, confusa, perguntava-me se não seria mais indicado o “corte”, que o colocasse em contato com a realidade de que, não dispondo de dinheiro, ele não poderia adquirir a Revista.

Nessa fase inicial do AT de “D”, muito embora eu buscasse preparar-me através de estudo teórico, supervisão e análise pessoal, sentia-me despreparada para lidar com duas experiências completamente novas para mim, a clínica – e, como se não bastasse, a clínica ampliada – e a psicose.

“D” ali permanecia, aguardando uma resposta. A resposta então chega, antecedida por longa explicação, começando pelo meu papel ali, passando pela nossa relação e chegando até à recomendação de que, no próximo encontro, ele trouxesse o dinheiro que julgasse necessário gastar durante o passeio, devendo discutir isso com o Sr. J., seu pai.

“D” permanecia ali na minha frente, parecendo não estar nem um pouco interessado nas minhas palavras, interrompendo-me bruscamente: “Compra, ‘Anderson’, compra?” ‘Anderson’ é uma expressão utilizada por “D” algumas vezes em que solicita algo, assim como, quando se sente atendido ou não. Perguntado sobre quem é ‘Anderson’ ele diz: “ninguém, ninguém, eu então explico quem sou, o que fazemos ali, frente a que , ele parece não estar nem um pouco interessado.

Quando finalmente respondo: compro, “D”. Ele, então, sorri, dá umas batidas no meu braço e diz: “Você me agradou, você me agradou”! Pega a sacola com a revista, parecendo, por ora, estar saciado de imagens.

Sáímos da Banca de Revistas e começamos a andar pelo Shopping. Na passagem pela praça da alimentação, “D” pede que eu lhe compre um sanduíche no Mc’ Donald. Eu respondo não dispor de mais dinheiro e que, na próxima vez em que fossemos ao Shopping, conforme já havíamos conversado, ele traria o seu dinheiro e faria o lanche. “D” concorda, demonstrando uma pitada de irritação na resposta: “tá, tá.”

Convido-o, então, a ir embora, lembrando já estarmos na hora. Entramos no carro, ele fez menção de acender um cigarro e digo a ele não ser possível fumar no carro, mas que poderia esperá-lo fumar ali no estacionamento, ou então, que ele poderia fumar quando da chegada ao CAPS. Ele não respondeu verbalmente, mas, sim, abrindo a porta, saindo do carro e fumando o cigarro.

Retornamos ao CAPS, em silêncio, interrompido por algumas perguntas minhas sobre se já conhecia o Shopping, como foi para ele o passeio, do que mais gostou. Ele, monossilabicamente, respondia: “Tudo, tudo!”

Lá chegando, o Sr. J. aguardava-o para retornarem juntos, quando então foi reafirmado que, a partir da próxima sessão de AT, “D” não somente iria para o CAPS de ônibus e eu o esperaria, como, pela primeira vez, voltaria sozinho de ônibus.

Realizamos a 3ª. sessão de AT, na qual, devido ao seu interesse pela procura de imagens de Brad Pitt e o esgotamento de imagens novas nas Revistas, propus que fossemos procurar imagens na Internet, ao que ele mostrou-se muito receptivo, perguntando: “tem montão de Ranner, tem? Eu explicava, então, que iríamos tentar conseguir novas imagens, o que não seria muito fácil, dada a grande quantidade de que ele já dispunha, mas que tentaríamos. (o Sr. J., como o vii com uma Revista na mão no retorno da 1ª. Sessão, comentou que ele tinha sacos de revistas em casa .

E, assim, esse passou a ser o seu programa preferido, quando das nossas saídas. A cada encontro, “D” mostrava-se mais ávido pela busca de imagens. Em um momento, pergunto a ele se gostaria de fazer um curso para aprender a lidar com a Internet de forma a pesquisar sozinho imagens e ele diz que sim, pedindo para que eu falasse com seu pai. Converso com Sr. “J” ao telefone, e ele, entusiasmado, me diz que faria a inscrição na mesma semana, solicitando que eu o acompanhasse na primeira aula.

Assim fizemos, e acompanhei “D” à Escola de Informática, onde fomos atendidos pela professora, uma jovem sensível e simpática que, embora percebesse algo de estranho nele, olhando seguidamente, com expressão inquiridora para mim, – recebeu-o muito bem. Durante a primeira aula, “D” permaneceu ao lado dela, aguardando ansiosamente pelas imagens; ao final, ela imprimiu algumas e ele demonstrou satisfação. Despedimo-nos da professora e o acompanhei até um outro ponto de ônibus, sendo a primeira vez em que ele iria sozinho para casa.

Enquanto estivemos ali, “D” perguntava seguidamente se o ônibus o levaria até a sua casa, ao que eu respondia que sim, que pararia na frente da loja de seu pai, onde então ele estaria esperando-o.

Quando o ônibus chegou, foi encostando, de forma que os passageiros embarcassem. “D” correu em direção às portas, ainda fechadas, abriu os braços e ficou colado de braços abertos na lataria do ônibus. Essa cena ficou registrada como um dos momentos mais emocionantes de toda a nossa convivência, representando uma fotografia do que Winnicott e Safra chamam de *lugar*. Aliás, naquela sessão, “D” havia encontrado alguns lugares, na Acompanhante Terapêutica, na jovem professora e no ônibus que o levaria de volta ao seu *lugar*.

À medida em que as sessões iam acontecendo, o interesse de “D” se repetia quanto à busca incessante por imagens através da Internet, ao mesmo tempo em que começavam a se esgotar as imagens novas, que eram somente as que interessavam a “D”.

Iniciada a busca através das revistas, e ampliada através da Internet, não me ocorria que outra possibilidade haveria para obterem-se imagens inéditas de Brad Pitt.

A par disso, “D” já acenava algumas pequenas mudanças, demonstradas através de comportamentos que poderiam até sugerir haver ali algum vínculo transferencial, expresso através da frequência às sessões, de uma maior proximidade da Acompanhante, de um maior interesse e participação no processo do AT. Todavia, sabe-se não tratar-se de transferência,⁴² na acepção genuína da palavra, a qual, originalmente, está presente nos quadros de neurose, clássica *neurose de transferência*, trabalhada centralmente na análise, sendo considerada a sua mola propulsora.

Outro aspecto relevante está relacionado à ampliação da sua autonomia, demonstrada pelas experiências de circulação sozinho da sua residência ao CAPS e à Escola de Informática.

Esses foram basicamente os indícios constatados, que me encorajaram a pensar em ousar algumas estratégias, a partir das quais “D” fosse colocado, pouco a pouco, frente a sua fragmentada imagem corporal. Assim, a partir de determinado momento do AT, introduzi a fotografia, tanto como um elemento de acesso a “D”, quanto como um elemento facilitador para o acesso de “D” a si mesmo.

Como medida de cautela, adotei a estratégia de começar a fotografá-lo nas dependências do CAPS, tanto pelo ambiente que lhe era familiar, e, como tal, o preservaria mais, quanto para avaliar as suas reações e, nesse sentido, preservar-nos.

Tratava-se, ali, do primeiro tipo de Manejo reconhecido por Winnicott, conforme Khan (2000), o qual diz respeito à *qualidade do contexto analítico*, tendo como objetivo a preservação do analisando.

Nas primeiras fotos, lá estava “D”, olhando com certa estranheza para a câmera, ainda que tivéssemos feito uma ambientação mínima, não sei até que ponto para a câmera, até que ponto para mim numa outra posição, lembrando, assim, as nossas primeiras sessões de AT.

Entretanto, pouco a pouco, “D” foi se tornando mais íntimo da câmera e de mim, e já éramos um trio a fazer AT, passando a câmera fotográfica a nos acompanhar em nossas

⁴² Conforme Vanier 2000, transferência é um conceito psicanalítico, considerado elemento fundamental da ‘cura analítica’, caracterizando a relação analisando-analista. Constitui um processo de atualização dos desejos inconscientes: um afeto se desloca de uma representação para outra e a pessoa do analista pode ser o objeto, tomando o lugar de uma das figuras implicadas no Mito do Édipo.

caminhadas, cujos cenários foram se transformando, ora a rua, ora o Shopping, ora a praia onde ele reside, ora a sua casa.

O trabalho com a fotografia teve como propósito, inicialmente, que eu o fotografasse, visando a aproximá-lo da sua imagem, possibilitando um reconhecimento dele nele próprio e não a partir de uma idealização⁴³ em relação a um ator, ou qualquer pessoa que fosse, através das imagens buscadas em revistas e na Internet.

Num momento seguinte, “D” demonstra o interesse e necessidade de fotografar, e é quando, então, utilizamos o Manejo, reconhecido por Winnicott em Khan (2000), do *tipo oferta, por parte do analista*, do que se faça necessário ao analisando, que consistiu em estar atenta e atender a necessidade apresentada por “D” naquele momento. Nesse sentido, cabe a ressalva feita por Winnicott, em determinado contexto que falava sobre Manejo, de que isso não significava ceder a todas as vontades do analisando, mas, fundamentalmente, reconhecer as necessidades que se apresentavam na forma de um *gesto criativo*, tendo presente que, em algum momento da constituição do seu psiquismo, isso lhe fora impedido.

Conforme esclarecido anteriormente, nessa segunda fase do AT, o objetivo a alcançar seria, em alguma medida, trabalhar os registros do *imaginário* e *simbólico* com “D”, de forma a que ele desenvolvesse recursos para a retomada dos laços sociais, desenvolvendo uma capacidade mínima de significação das coisas em sua vida.

Quando da retomada do Acompanhamento Terapêutico de “D”, novamente realizamos uma reunião com “D” e Sr. J, a partir da qual ficou estabelecido que os objetivos, naquele momento, não seriam fundamentalmente de ampliar a sua autonomia na circulação pela cidade, mas que estaríamos propondo outras atividades, nas próprias instalações do CAPS, de forma a desenvolver outras capacidade em “D”, especialmente aquelas que contribuíssem para que ele pudesse significar as coisas, colocar as suas emoções, sentimentos, fatos, enfim, a vida em palavras.

Nesse sentido, comentamos que, possivelmente, iríamos intensificar os trabalhos com fotografia, a partir do que iríamos juntos descrevendo, relatando o que havia se passado quando das fotos.

O contexto da reunião, naquele momento, revelava-se um pouco diferente do anterior de quando iniciamos o trabalho. Sr J. permanecia receptivo e agradecido pela oportunidade de prosseguirmos o trabalho. “D”, por sua vez, muito embora demonstrasse inquietação enquanto

⁴³ *Idealização*, nesse contexto, consiste num mecanismo de defesa, onde, conforme Kaplan e Sadock (1997), o indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo a outros qualidades positivas exageradas. No caso, um processo de identificação do objeto idealizado, talvez numa tentativa de busca de identidade, de um *eu sou*.

conversávamos, apresentava-se, agora, não tão desleixado, com uma aparência mais bem cuidada. Constatavam-se, também, alguns avanços, ainda que pequenos, na sua interação tanto com a Acompanhante, quanto com os colegas do CAPS. O seu rosto ali parecia, ainda que timidamente, ter expressão, e isso era perceptível, quando tão logo nos vimos e ele sorriu, estendendo-me a mão.

Contudo, estavam presentes ainda muitas das dificuldades que caracterizam o seu quadro, algumas das quais podendo até vir a ser minimizadas, mas muitas delas, não, pois sabe-se que nem todas as marcas deixadas no psiquismo são reversíveis.

Terminada a reunião, ficou mantida a periodicidade de um encontro de AT semanal, assim como solicitei a “D” que trouxesse as fotos que eu lhe dera ao final do estágio anterior. “D” respondeu que sim e foi embora com o pai.

Considerando esquecimentos anteriores, liguei um dia antes da próxima sessão e pedi que “D” não esquecesse, na próxima sessão, de trazer as fotos que havíamos tirado durante as saídas de AT, assim como as da Festa de Natal no CAPS.

Oportuno registrar que, a partir de sugestão da psicóloga do CAPS, as fotos batidas durante o AT de “D” foram expostas num espaço de criações dos usuários, ao qual teve acesso. Em decorrência do *gesto* que lhe foi possibilitado, “D”, acabou por ganhar, além de um espaço para expor a sua criação, um *lugar* diferenciado naquele grupo.

Durante a festa, sentindo-se legitimado naquele *lugar*, “D” manteve-se com a máquina fotográfica, registrando tudo aquilo que lhe chamava a atenção.

Conforme combinado, “D” chega para a sessão de AT com várias fotos da família. Nas três primeiras sessões seguintes à reunião, fizemos tentativas diversas de trabalhar com as fotos, às quais “D” não respondia, ou melhor, dizia : “não precisa Anderson, não, não gosto, vamo andá”; enfim, comunicava, de diversas formas, que não somente não queria, como que aquilo o estava incomodando.

A partir daí, apresentou dois comportamentos incomuns até então; algumas vezes, chegava ao CAPS, ficava poucos minutos e pedia para ir embora, outras, faltava. Diante desse desdobramento do redirecionamento do trabalho com “D”, ficou definido, em supervisão, que retomariamos a forma de trabalho anterior, quando, em sua chegada, ele seria consultado sobre o que fazer e, a partir daí, seria acolhida a sua necessidade.

Estavam presentes, ali, o *Holding*, o *Manejo* e o *Placement*, ficando constatado, naquele momento do Acompanhamento de “D”, que as ações que fugissem a isso poderiam se apresentar a ele como intrusivas, lembrando nesse sentido que, conforme Abram (2000) ,

Winnicott considerava que a natureza da intrusão deriva essencialmente do ambiente, podendo ser tanto traumática quanto reconstituente.

Pretendendo que as ações junto a “D” fossem de caráter reconstituente, achou-se por bem a retomada da estratégia anterior para o trabalho, já que ali estava se fazendo necessário uma combinação entre *Holding* e Manejo.

A inauguração da retomada da estratégia anterior deu-se com “D”, solicitando que se fosse mais uma vez ao Shopping Beiramar. E assim se repetiu nos dois últimos encontros seguintes que antecederam esse momento do relato.

Entretanto, fatos novos aconteceram; “D,” hoje, sai de sua casa, (Palhoça) e vai até o terminal Rita Maria, em Florianópolis. Lá, a Acompanhante aguarda por ele para irem ao Shopping. Lá chegando, “D” sente-se muito à vontade e expressa um contentamento típico de uma criança depois de receber um presente muito esperado. Aquele parece estar sendo um *lugar* no qual sente-se acolhido e onde deseja freqüentemente estar.

Atualmente, as opções que vem fazendo no Shopping são andar de elevador, de escada rolante, ver vitrines, ir a lojas de surf, loja de cigarros, lanchar em lugares distintos do Mac Donald.

Muito embora o Shopping seja o mesmo, as opções de “D” se apresentam um pouco diferentes de quando da experiência anterior. Além de seu interesse não mais se restringir à Banca de Revistas, “D” vem tomando a frente das suas escolhas na interação com as pessoas.

Atualmente, entra nas lojas de surf, chama os atendentes, cumprimenta-os, tal qual um integrante daquela “tribo”, ora solicitando que lhe mostrem blusões, ora solicitando que lhe mostrem anéis de prata.

Mas “D” não se ilude, sabe claramente o que pode e o que não pode ter, conseguindo, ao seu modo, posicionar-se em relação a sua realidade na sua interação com o mundo . “D” não limita-se mais a olhar para a sua Acompanhante, aguardando que ela dê uma resposta ao atendente – tal como o fez na Banca de Revistas, quando lhe foi dito que a revista custaria R\$ 68,00.

Atualmente, por si só, “D” olha para o atendente de volta e diz: “ta, eu vô vê, brigado mano! Vamo “Anderson”! Naquele momento, “D” dá mostras de que, ao seu modo, conforme suas possibilidades e limitações, vem tornando-se possível uma interação humana distinta de quando iniciamos o seu Acompanhamento Terapêutico.

Ele está estabelecendo *relação com o objeto*, talvez, “ensaiando” *o uso dos objetos*.

5. CONCLUSÕES

Os primeiros contatos com “D” já revelavam, em alguma medida, que seria um grande desafio acompanhá-lo, de sua parte, marcado por um distanciamento presente nos aspectos físico, psicológico e social, tendo como pano de fundo o silêncio e a indiferença. De parte da autora, na condição de estagiária de psicologia, e aluna do curso de formação em psicanálise de orientação Freud-Lacanianana, marcado pelo questionamento: o que fazer frente às ausências do que faz a clínica da psicose possível? Em “D” estava ausente a palavra e o delírio. Diante disso, como colocar-se na posição de *secretário do alienado*⁴⁴, a qual Lacan propõe como uma alternativa para a clínica da psicose?

Nesse sentido, oportunas as considerações de Safra (2004), quando em suas abordagens sobre *Investigação em Psicanálise*, adverte:

Cada análise nos coloca frente ao inédito, devendo, portanto, haver princípios e formas de abordagem necessariamente abertas. A psicanálise se sustenta clínica e cientificamente somente quando aberta, indicando princípios, não afirmando o universal (conceitual e clinicamente). O ser humano se revela continuamente, não havendo um fim, um momento em que se capture a subjetividade humana.

Movida por esses questionamentos, e numa postura de abertura, fui impulsionada a buscar outros referenciais teóricos na psicanálise que norteassem a experiência de AT num caso de esquizofrenia.

Foi a partir da leitura da obra *Ética e Técnica no Acompanhamento Terapêutico*, e partilhando, num primeiro momento, essas angústias com Kleber Barreto⁴⁵, durante o seu mini-curso sobre AT, no *Congresso de Saúde Mental*, realizado em Florianópolis em 2006, e, num segundo momento, com Gilberto Safra, no *I Congresso Internacional de Acompanhamento Terapêutico*, realizado em São Paulo no mesmo ano, que surgiram as primeiras inspirações de buscar, a partir da perspectiva teórica de Winnicott e Safra, uma fundamentação ética e técnica para o AT que vinha sendo realizado.

Associado a isso, a participação no referido congresso possibilitou assistir a vários relatos de acompanhamentos terapêuticos em casos de psicose, e conversar com acompanhantes, cujas angústias eram bastante semelhantes.

⁴⁴ Cabe ao *secretário* do alienado, acompanhar o sujeito sem questioná-lo e considerando tudo o que ele diz, operando como uma testemunha do discurso delirante. Estabelece-se assim, um primeiro laço social, contribuindo para que o sujeito se sinta menos estranho, partilhando com ao menos um a sua produção delirante.

⁴⁵ Autor do livro *Ética e Técnica no Acompanhamento Terapêutico - andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*, mestre e doutor em psicologia clínica pela PUC-SP. Professor da UNIP e responsável pelo estágio de AT dos alunos da graduação em psicologia.

Essas experiências, ao mesmo tempo que espelhavam as angústias da autora, confirmavam que haveria possibilidade de encontrar formas alternativas de acompanhar os indivíduos com quadros que se apresentam em determinado momento como mais desafiadores.

A problemática que deu origem a esta pesquisa foi : como os conceitos psicanalíticos winnicottianos de *Holding*, *Manejo* e *Placement* podem fundamentar ética e tecnicamente o Acompanhamento Terapêutico de um usuário de CAPS, com diagnóstico de esquizofrenia paranóide? A resposta a esse problema foi decorrente da trajetória anteriormente relatada.

Conforme ressaltado quando da Análise do Caso, inicialmente, revestiu-se de grande importância o contato com a obra de Safra sobre a clínica contemporânea, à medida em que possibilitou a análise crítica da ênfase que vem sendo colocada na técnica, quando o que se constata necessário privilegiar, na atualidade, na clínica, seria a ética.

Com relação ao objetivo da investigação, os conceitos de *Holding*, *Manejo* e *Placement* revelaram-se, na experiência, verdadeiros pilares do AT, sendo que à medida em que isso foi sendo reconhecido, ia-se percebendo claramente a adequação das referidas modalidades clínicas no tratamento do sujeito da pesquisa, muito embora não se perca de vista a consideração feita por Tânia Vanessa Nöthen Mascarello⁴⁶, com quem foi realizada a primeira supervisão clínica desse caso, quando observava:

Conseguir entrar num psiquismo é um mistério às vezes conseguimos, às vezes não, mas certamente quando dá certo, não é muito depressa que isso acontece. O que interessa é a disponibilidade em acompanhá-lo nesse percurso que para nós, os outros, é um enigma.

Cabe registrar, mais uma vez, que frente a essa dificuldade, especialmente no caso da psicose, dada a sua complexidade, de fato, há que se dispor de outros recursos que atuem, conforme comentado no início deste trabalho, em forma de rede.

Nesse aspecto, recomenda-se que outras pesquisas acerca do Acompanhamento Terapêutico sejam realizadas, de forma que outros aspectos do tema sejam investigados.

Iniciativas nesse sentido acabarão por suprir, em alguma medida, as lacunas existentes na maioria das universidades, espaços onde o saber acerca desse dispositivo clínico é ainda praticamente inexistente.

Sabe-se que, em Santa Catarina, há somente duas universidades que estimulam o saber no campo do Acompanhamento Terapêutico nos cursos de psicologia, a UNISUL, em

⁴⁶ Psicanalista, professora e coordenadora de ensino do Curso de Formação em Psicanálise Freud-Lacaniana da Instituição Psicanalítica Maiêutica - Florianópolis . Professora e supervisora de estágio na clínica, na Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

Florianópolis, e a FURB, em Blumenau. Todavia, o AT, hoje, é um dispositivo clínico que vem se intensificando muito em outros estados do Brasil, como Rio Grande do Sul, São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, alcançando inclusive outros países, como Argentina, Canadá, Chile, México, Peru, Colômbia, Espanha, França.

Igualmente, cabe ressaltar a importância de outras pesquisas que possam contribuir na investigação de perspectivas teóricas que dêem sustentação ética e técnica ao AT, sendo essa uma necessidade constatada e assinalada na justificativa científica da pesquisa e vivenciada pela pesquisadora quando da consulta ao acervo disponível sobre AT.

Compartilha-se, ao final, que, além dos produtos referenciados, esta investigação possibilitou também a complexa e gratificante experiência de escrever sobre a prática clínica da autora, tendo sido experimentada, de fato, como um importante canal de apropriação da sua condição de futura *analista*.

Nesse sentido, Safra (2005), abordando *Método de Pesquisa em Psicanálise*, observa:

a formação não se sustenta se o analista não fala com os seus pares. Passamos por uma formação, somos analisados, analisamos algumas pessoas, mas é fundamental a apropriação da própria prática clínica, de uma forma própria de ser psicanalista (se assim não for, se é simplesmente um técnico). A apropriação passa pela resolução dos vínculos transferenciais com os que nos formaram, pelo diálogo com a prática, por uma posição reflexiva, esse é o valor do texto. Quando uma pessoa escreve a sua prática vai se apropriando da sua identidade como psicanalista. É fundamental que o texto possa dar condições de ampliação do diálogo, tanto pela semelhança quanto pelas diferenças.

Mais adiante, Safra (2005) aprofunda a relação da apropriação do *analista* com a escrita, quando comenta:

No momento em que o analista escreve a sua prática, vai se apropriando da sua forma de ser *analista*. O texto não é somente um texto. Na escrita do texto, toda pessoa entra em crise, porque está repassando as ligações transferenciais mal resolvidas, os lugares institucionais que ficam em questão, até que chegue na condição de autor, de responder pelo que escreve. Daí a importância de por em discussão a sua prática, de publicar. É quando a formação e a identidade como *analista* são colocadas em consonância com a vocação originária da psicanálise: escrever para ser desconstruído e continuar o processo de elaboração.

Pretende-se desenvolver essa forma própria de ser psicanalista à qual o autor se refere, porque, de fato, se assim não o for, está-se diante de um técnico, e, tal como constatado em relação ao Acompanhamento Terapêutico, na clínica contemporânea, cada vez mais a ética dá lugar à técnica. A ética, aqui, implica criar um saber e fazer com que parta de bases universais, mas se consolide a partir do desejo de cada um, sendo essa uma distinção que confere ao profissional identidade e legitimação.

A par disso, acredita-se que, em alguma medida, esta pesquisa represente, de fato, o início da caminhada da autora em direção a *colocar a sua formação e identidade em consonância com a vocação originária da psicanálise de escrever para ser desconstruído e continuar o processo de elaboração*. E, nessa direção de se autorizar, cada vez mais, a ocupar a posição de *analista*, pois é sabido que somente o analista se autoriza a tal , assim como nunca está sozinho na sua trajetória, existindo sempre na presença de outro.

REFERÊNCIAS

ABRAM, J. **A Linguagem de Winnicott**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida – A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

BALLONE G. J. **Esquizofreniasn**. in. PsiqWeb, Internet, disponível em: <
<http://www.psiqweb.med.br>>, Acesso em 01 nov. 2006.

BARRETO, K. D. **Ética e Técnica no Acompanhamento Terapêutico**. São Paulo: Unimarco, 2000.

BARRETO, K. D. **Acompanhamento Terapêutico: origens e perspectivas**. São Paulo. Sobornost. 2006. DVD.

BASAGLIA, F. **Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Franco Basaglia; Paulo Amarante (org.); Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BERGER, E. **Apresentação**. In: EQUIPE de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto “A Casa” (Org.) **Crise e Cidade: Acompanhamento Terapêutico**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARVALHO, S. S. **Acompanhamento Terapêutico - que clínica é essa?** São Paulo: Annablume, 2004.

CAUCHICK, M. P. **Sorrisos Inocentes, Gargalhadas Horripilantes**. São Paulo: Anablume, 2001.

DOLTO, F. **Psicanálise e Pediatria**. Editora Guanabara, Rio de Janeiro: 1988.

DORAN, R. ; PAROT, F. **Dicionário de Psicologia**. Ática, São Paulo: 2001.

DSM – IV – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

FARAH, M. F. S.; BARBOZA, H. B. (Org.) **Novas Experiências de Gestão Pública e Cidadania**.– Rio de Janeiro : Editora FGV, 2000.
296 p.

FIORATI, R.C. **Acompanhamento Terapêutico: uma estratégia terapêutica em uma unidade de internação psiquiátrica**. 2006. 150f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

GOLDENBERG, M. **A Arte de Pesquisar : como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

KAPLAN, H. et al. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KINOSHITA, R. T. **Contratualidade de Reabilitação Psicossocial**. PITTA, Ana (Org.) Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2001.

MANONNI, M. **Amor, Ódio, Separação**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

MEZAN, R. **Que significa “pesquisa” em psicanálise?** / In: SILVA, Maria Emília Lino da, (Coord.) **Investigação e Psicanálise**./ Campinas: Papirus.1993.p. 49-89.

MIJOLLA, A. **Dicionário Internacional da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

MINAYO, M.C. S. **Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

MINAYO, M.C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec,1994.

MORIN, E. **O Pensar Complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

MOUNIER, E. **O Personalismo**. Lisboa: Moraes, 1964.

Org. Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto *A Casa - Crise e Cidade – Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Educ, 1997.

PALOMBINI, A. L. **Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004.

PITIÁ, A. C.de A.; SANTOS, M. A. **Acompanhamento Terapêutico: a construção de uma estratégia clínica**. São Paulo: Vetor: 2005.

PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

PROFOCO 2006. UNIP. São Paulo. **Placement: a importância do lugar**. Sobornost. 2006.

REZENDE, A. M. **A investigação em psicanálise: exegese, hermenêutica e interpretação**. In: SILVA, Maria Emília Lino da, (Coord.) **Investigação e Psicanálise**./1ª ed. Campinas: Papirus.1993.p.103-118.

ROLAND, D. & PAROT, F. **Dicionário de Psicologia**. São Paulo: Ática, 2001.

ROTELLI, F. **A Instituição Inventada**. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SAFRA, G. **O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica**. In: SILVA, Maria Emília Lino da, (Coord.) **Investigação e Psicanálise**./ Campinas: Papirus.1993. p.119-132.

SAFRA, G. **Princípios da Clínica Winnicottiana**. Palestra Ministrada no Tulha, em Campinas - SP, em 13.11.1998.

SAFRA, G. **Considerações Sobre o Placement**. /In.VII Colóquio Winnicott, em 15 de junho de 2002.

SAFRA, G. **Investigação em Psicanálise**. Mini-Curso realizado em 02 de outubro 2004, em São Paulo. CD

SAFRA, G. **A Po-ética na Clínica Contemporânea**. Aparecida: Idéias e Letras. 2004

SAFRA, G. **A Face Estética do Self – Teoria e Clínica**. São Paulo: Unimarco, 2005.

SAFRA, G. **A Experiência de Lugar.** In. PERDIGÃO, Andréa Bomfim. **Sobre o silêncio.** São Paulo: Pulso. 2005. p. 109 -122.

SAFRA, G. **Método de Pesquisa: do projeto à elaboração do texto final - metodologias contemporâneas e suas bases epistemológicas com foco na pesquisa em psicologia e psicanálise.** Aula ministrada no curso de pós-graduação em Psicologia Clínica da USP, São Paulo, em 16 de março de 2005. DVD

SAFRA, G. **Desvelando a Memória do Humano.** São Paulo: Sobornost, 2006.

SAFRA, G. **Hermenêutica na Situação Clínica – o desvelar da singularidade pelo idioma pessoal.** São Paulo: Sobornost, 2006.

SAFRA, G. **Programa de Formação Continuada com Prof. Gilberto Safra. Situação Clínica e Mal Estar Contemporâneo: da Técnica à Ética. Módulo 1 – Do *Holding* à Sustentação de Experiência de Si: Entre o Ser e o Não Ser.** São Paulo, Ed. Sobornost . abr. 2006. DVD.

SAFRA, G. **Desafios da Clínica Contemporânea: interpretação ou intervenção.** São Paulo: Sobornost. 2006.

SAFRA, G. **Do *Holding* à Sustentação da Experiência de Si: entre o ser e o não ser.** São Paulo: Sobornost, 2006.

SAFRA, G. **Placement: modelo clínico para o Acompanhamento Terapêutico** In. *Psychê - Revista de Psicanálise.* Centro de Estudos e Pesquisa em Psicanálise. São Paulo: Unimarco. Ano X, n. 18. 2006 p. 13-20.

SAFRA, G. **Manejo Clínico ou Interpretação: respeitando o modo de ser do paciente para lidar com ansiedades psicóticas.** São Paulo: Sobornost, 2006. DVD

SARACENO, B. **Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio.** In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil.* São Paulo: Hucitec, 1996.

SARACENO, B. **Libertando Identidades. Da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível.** Rio de Janeiro: Te Corá, 1999.

TUNDIS, S. A. ; COSTA, N. R. (Org.). **Cidadania e Loucura – Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2000.

WINNICOTT, D.W. **O Brincar & a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D.W. **Privação e Delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

WINNICOTT, D.W. **O Ambiente e os Processos de Maturação – Estudos sobre o desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983.

WINNICOTT, D.W. **Da Pediatria à Psicanálise – Obras Escolhidas**. Rio de Janeiro: Artmed, 2000.

VANIER, A. **Lacan**. São Paulo: Estação Liberdade, 2005.

APÊNDICE B – Consentimento pós-informado

A presente pesquisa intitula-se “ *Holding, Manejo e Placement: Pilares do Acompanhamento Terapêutico num Casa de Esquizofrenia Paranóide* e consiste no Trabalho de Conclusão de Curso TCC II do Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), tendo como objetivo responder a pergunta do estudo: **Como os conceitos psicanalíticos winnicotianos de *Holding, Manejo e Placement* podem fundamentar ética e tecnicamente o Acompanhamento Terapêutico de um usuário com diagnóstico de esquizofrenia paranóide?**

Eu, _____, confirmo que a pesquisadora, **Cléia Regina Canatto**, informou-me que:

1. Este estudo consiste no trabalho de conclusão de curso de Psicologia sob orientação do Professor **Fernando Brandalise**, do Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.
2. O Objetivo deste estudo é “Investigar como os conceitos de *Holding Manejo e Placement* podem fundamentar ética e tecnicamente o Acompanhamento Terapêutico num caso de esquizofrenia paranóide”.
3. Eu posso escolher ou não participar desse estudo. Isto não implicará em quaisquer benefícios ou prejuízos pessoais, visto que será mantido o anonimato. Realizando as atividades propostas pela pesquisadora (sessões de AT) estarei participando desta pesquisa.
4. Minha colaboração com esta investigação é fundamental para que a pesquisadora possa responder a questões de pesquisa e desenvolver seu trabalho.
5. Esse trabalho de pesquisa pode ser utilizado como base para publicações científicas.
6. Se eu tiver qualquer dúvida a respeito da pesquisa, poderei contatar com **Cléia Regina Canatto** pelos telefones: 3225 3914, ou por meio eletrônico através do e-mail: cleiarc@matrix.com.br.
7. Eu, _____, concordo em participar deste estudo.

Participante: _____ Data: _____