PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATOLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Giuliana Gomes Nogueira

Um estudo sobre a esclerose múltipla a
Luz da teoria winnicottiana

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2010

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATOLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Giuliana Gomes Nogueira

Um estudo sobre a esclerose múltipla a
Luz da teoria winnicottiana

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob a orientação do Prof. Dr. Zeljko Loparic.

SÃO PAULO

2010

BANCA EXAMINADORA

Dedicado a Carol.
E a aquele traço de incompreensão que nunca conseguimos apagar.
Mas não deixe nunca de tentar.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Loparic por sua confiança e por tornar possível a realização desta pesquisa.

Aos professores Flávio Farias Del Matto e Marília Ancona Lopes por terem cedido seu tempo para contribuírem na realização deste trabalho e na minha formação.

Aos meus colegas que tiveram o infortúnio de conviver com a esclerose múltipla e compartilharam comigo suas histórias. Sem vocês a realização deste trabalho não teria sentido em minha vida.

A amiga Lígia Paula, pela dedicação em suas revisões e leituras deste trabalho, bem como por compartilhar comigo a sua satisfação em tomar contato com o tema.

Aos amigos Luciana Porto, Roberto Borges e Fátima Luz por terem me acompanhado tão de perto nestes quase três duros anos que envolveram esta pesquisa. Pela paciência e compreensão, por terem me amparado, por me ouvirem, por contribuírem com um precioso e indispensável companheirismo.

A Carolina Carraro Dias, por incontáveis razões, sempre.

Aos Professores Helio Salles Gentil e Altemir Barbosa, a quem sempre agradecerei por terem me inspirando e ensinado sobre os percalços da realização de uma pesquisa científica, tornando assim meu caminho mais suave, ontem, hoje e sempre.

Aos colegas de mestrado e professores da PUC que nestes últimos anos enriqueceram nossas discussões e minha vida.

A meus pais por permitirem que eu fizesse minhas próprias escolhas e me possibilitaram chegar até aqui. E, assim sendo, informalmente terem financiado esta pesquisa.

Ao Capes, por ter formalmente financiado esta pesquisa.

RESUMO

Esta dissertação busca construir um trajeto que possibilite discutir a Esclerose Múltipla no hall das doenças psicossomáticas tomando como referencial a relação psicossomática, abordada sob a ótica de D. W. Winnicott. Assim, realiza-se um estudo que permite ao leitor conhecer de forma ampla a Esclerose Múltipla detendo-se em seus aspectos históricos; sua etiologia; diagnóstico; tratamentos; prognósticos; aspectos psicológicos. Este estudo se preocupa, ainda, em abordar os conceitos fundamentais da teoria do amadurecimento, elaborada por Winnicott e refletir sobre os pacientes com transtorno psicossomático atendidos por ele. Além dos pacientes de Winnicott, para analisar a esclerose múltipla, recorre-se ao relato da vida da personalidade pública Jacqueline du Pré, que morreu em decorrência de agravamento da doença e à confrontação da sua história tanto com a teoria preconizada por Winnicott quanto com o que foi estudado até então. Após essas análises, considera-se a idéia de que na base de todo transtorno psicossomático está uma cisão. Sugere-se que a cisão é uma forte característica da Esclerose Múltipla. Nota-se que há características semelhantes a outros transtornos psicossomáticos abordados por Winnicott, considerando os indícios de que a gênese da doença possa ter uma origem em questões relativas à integração da psique-soma. Por fim, é ressaltada a necessidade de estudos mais aprofundados sobre o tema, sendo o principal o objetivo do trabalho atingido, que é a abertura de uma nova porta para a compreensão da esclerose múltipla.

Palavra-chave: Winnicott; Psicossomática; Esclerose Múltipla

ABSTRACT

This paper intend to open the possibility to discuss the Multiple Sclerosis in the hall of the psychosomatic illnesses taking as references the point of view of D.W. Winnicott about the psychosomatic relationship. Thus, this study will allow the reader to get in touch with several aspects of Multiple Sclerosis as it history, etiology, diagnosis, treatments, prognostics and psychological. This study also focus on the basic concepts of matureness theory, elaborated by Winnicott, reflecting about his patients suffering from psychosomatic illness. Not only are the Winnicott's patients important to try to understand the perturbations of the psycho-soma in the multiple sclerosis as the revision of Jacqueline du Pré's biography, which died due the aggravation of the illness. The confrontation of her personal history with the theory elaborated by Winnicott helps to illustrated what have been studied in this paper. After these analyses, it is considered the idea what in the base of all psychosomatic disorder there is a split. So we can infer that split is also one of the important points of the Multiple Sclerosis, that way the geneses of the disease may be related to gaps on the process of psycho-soma integration. Finally, the necessity of more studies on that subject is essentially to help those patients to have a better life quality. At last, the main objective of this research is considered achieved as it opened a new door of possibilities to try to understand of the multiple sclerosis.

Key word: Winnicott ; Psychosomatic ; Multiple Sclerosis

SUMÁRIO

RESUMO.....	vi
ABSTRACT	ix
APRESENTAÇÃO	
Da escolha do tema e objetivo do estudo.....	x
INTRODUÇÃO.....	01
CAPÍTULO I – Esclerose Múltipla	
1.1. Aspectos Históricos e Etiológicos.....	08
1.2. Critérios diagnósticos.....	12
1.3. Prognóstico e evolução.....	17
1.4. Tratamento médico.....	17
1.4.1. Tratamento medicamentoso.....	18
1.4.2. Tratamento sintomático.....	20
1.5 Reabilitação e Qualidade de vida	22
1.6 Aspectos psicologicos da doença.....	23
CAPÍTULO II –Uma existência Psicossomática	
2.1. A psicanálise de Winnicott	28
2.2. Não-integração, integração e desintegração.....	30
2.3. O papel da mãe na constituição da psique-soma.....	33
2.3.1. Holding, Handling, Apresentação do objeto.....	34
2.4. O ambiente no processo de maturação.....	35
2.5. O alojamento da psique no soma	36
2.6. Eu sou.....	38
2.7. Falhas do alojamento da psique no corpo	39

2.7.1. Agonias impensáveis.....	40
2.7.2. O sujeito descorporificado	41
2.7.3. Medo do colapso.....	42
2.8. Winnicott e a psicossomática	43
2.9. Os Pacientes somáticos de Winnicott	47
2.10. Possibilidades de tratamento através da clínica winnicottiana.....	52
2.11. Possibilidades de integração através do setting terapêutico.....	54
2.12. Tratamento do paciente psicossomático	56
CAPÍTULO III – Um olhar winnicottiano a Esclerose Múltipla.....	60
3.1. Jacqueline du Pré – uma biografia.....	67
3.2. Jacqueline du Pré - explorações winnicotiannas.....	78
CAPÍTULO VI - Considerações Finais	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88

APRESENTAÇÃO

Da escolha do tema e objetivo do estudo.

Tomei conhecimento da existência da esclerose múltipla através do filme biográfico *Hillary & Jackie*, que conta a vida de Jacqueline Du Pré, exímia violoncelista acometida pela doença na sua forma mais grave, que veio a falecer 22 anos após o diagnóstico. Naquele ano de 1979, pouco ainda se sabia a respeito da doença e não havia tratamentos que apresentassem resultado algum. Foi essa a imagem que a esclerose tinha para mim naquela época, algo assustador e mortal. E assim seria a minha visão se anos depois consecutivas experiências completamente novas não me reaproximassem deste tema.

Em 1999 tive meu primeiro contato com um portador de esclerose múltipla. Uma colega de faculdade que, embora se ausentasse por longos períodos quando os surtos a deixavam paralisada, não apresentava incapacidade nenhuma. Diagnosticada há mais de 12 anos Rose é hoje, aos 30 anos, uma profissional formada e experiente, é noiva, mora sozinha. Eu pouco sabia sobre o impacto que a doença poderia exercer na vida de uma pessoa até 2004, quando a doença passou para mim de possibilidade à realidade.

Em 2004 outra pessoa de meu convívio pessoal foi diagnosticada com esclerose múltipla do tipo Remitente-Recorrente. Dois anos antes Daniela tivera uma paralisia hemi-facial. Os exames acusaram inflamações no cérebro, porém o controverso resultado positivo para Doença de Lyme fez com que o tratamento enveredasse por outros caminhos. Após dois anos de tratamento as inflamações persistiam, embora não houvesse sintoma algum, assim sendo, o seu médico mudou o diagnóstico e iniciou o

tratamento de esclerose múltipla. Daniela, que até então não apresentara sintoma físico algum desde o episódio de paralisia facial, não fez muitas perguntas ao médico embora a nebulosa nuvem negra do pesado termo “Esclerose Múltipla” agora pairasse sobre sua cabeça. “Paralítica, cadeira de rodas, invalidez, morte prematura?” eram alguns dos termos que silenciosamente ocupavam seus pensamentos.

Daniela tomou sua primeira injeção de Anovex sob orientação da enfermeira do Hospital das Clínicas. Três horas depois ardia em febre, sentia dores por todo corpo e sua menstruação antecipara-se em quatorze dias. A indicação do médico era um Tylenol antes da injeção e outro seis horas depois. Não faziam efeito. O mal-estar parecia mais forte do que o descrito como possíveis efeitos colaterais pela enfermeira. No transcorrer de meses, os efeitos foram se abrandando até que sumissem quase por completo nos dois anos seguintes.

Três meses após o início das injeções, Daniela passou a sofrer de leves formigamentos nos pés por cerca de quatro meses que, de acordo com seu médico era decorrente de uma inflamação ativa. Em sua primeira visita à Associação Brasileira de esclerose múltipla – ABEM, Daniela confrontou-se pela segunda vez com a doença após o diagnóstico. Acompanhada de familiares, que fizeram dezenas de perguntas sobre aposentadorias, carros adaptados, fisioterapia, incapacidade permanente, direitos dos deficientes físicos, Daniela permanecia atenta e calada. Na associação, conheceu pacientes em estados mais graves da doença que participavam do grupo de terapia ocupacional. Na mesma noite Daniela, que até então estava bem, passou a apresentar febre alta e hipersensibilidade da pele, chorava compulsivamente e foi levada ao pronto socorro onde, apesar da febre alta, a única hipótese do médico foi a de uma leve inflamação na garganta que teria sido potencializada pelo estado emocional da paciente.

Em uma segunda visita à ABEM, Daniela foi mais preparada para as histórias que ouviria no grupo de apoio. Pacientes antigos diziam-se otimistas quanto aos seus tratamentos e relatavam casos de franca melhora com a ajuda do tratamento multidisciplinar. Por outro lado, os recém diagnosticados diziam-se confusos, principalmente quanto às manifestações dos sintomas e às possibilidades de tratamentos. Daniela decidiu que esta seria sua última visita ao grupo de apoio da ABEM.

Em setembro de 2007, Daniela estava jantando quando repentinamente sentiu que perdia o controle da mão direita. Desesperada, temendo que seu rosto voltasse a ficar paralisado como no primeiro surto anos antes, passou a procurar por alguma alteração em sua face, especialmente na boca. No decorrer de uma hora começou a enrolar a língua ao falar. A caminho da farmácia, vi que a intensidade dos sintomas de Daniela aumentava rapidamente à medida que entrava em desespero, quanto mais perguntava-me se sua “boca estava torta”, mais dificuldade tinha na fala. Na farmácia, tomou um comprimido de Decadron, recomendado via telefone pelo seu médico. Cerca de 15 minutos depois sua fala era praticamente normal, embora o controle sobre a coordenação fina de sua mão direita levara cerca de 40 dias para se restabelecer completamente.

Semanas depois, conversando com outra médica, vim a saber que o Decadron não teria potência suficiente para causar tal remissão sintomática, atuando basicamente como placebo. Isso levantou a suspeita de que o princípio de paralisia facial deu-se devido ao nervoso, enquanto a perda de controle na mão direita, de fato, teria sido decorrência de um foco inflamatório. Nesta época, Daniela encontrava-se em crise profissional e dificuldades em seu relacionamento e tinha dúvidas a respeito de sua sexualidade.

Hoje, Daniela faz tratamento com Betaferon, tomando três injeções semanais, pratica atividades físicas. Apesar de diagnosticada pelo psiquiatra com humor distímico, preferiu não tomar medicamentos e faz terapia. Daniela não apresenta seqüela alguma, embora suas ressonâncias ainda revelem inflamações ativas.

Sobre Daniela, creio ser importante mencionar alguns fatos. Em sua infância, enfrentou um ambiente tenso em casa devido às constantes brigas dos pais; na adolescência os conflitos se intensificaram, especialmente com a mãe, com quem enfrentou um relacionamento cheio de altos e baixos. Em alguns momentos não se sabia quem era a filha, quem era a mãe e Daniela sentia-se responsável pelo cuidado da irmã caçula. Daniela se lembra da história que a mãe contava sobre seu parto e que a impressionou muitíssimo; embora tenha sido muito desejada pela mãe, esta ainda era jovem e solteira, e contava-lhe que, no momento do parto, Daniela nascera entre as fezes. Aos 12 anos um acidente veio marcar sua vida, trocou de lugar num teleférico com o namorado da mãe, o equipamento desabou e o rapaz faleceu. Por anos Daniela sentiu que quem deveria estar naquele lugar era ela.

Foi na ABEM, acompanhando Daniela, que encontrei um velho conhecido. João, aos 28 anos, recuperava-se do seu segundo surto. Então em tratamento há cerca de nove meses, encontrava-se com espasticidade na perna esquerda e formigamentos nos membros inferiores, com dificuldade de locomoção. Seu primeiro surto ocorreu no momento em que mais precisava trabalhar. Sua empresa vinha mal financeiramente e, devido ao seu afastamento, acabou por falir. O diagnóstico inicial foi de AVC, após a ressonância magnética mudaram para esclerose múltipla. Tal diagnóstico representou um marco em sua vida, João lembra claramente das palavras da médica naquele momento e como, dias depois, sua noiva resolveu deixá-lo. Com a falência e o fim do noivado, João voltou ao hospital devido a um segundo surto.

Dois anos depois, vim a dividir minhas idéias sobre este trabalho com João. Já plenamente habilitado, em tratamento médico e psicológico, João havia reestruturado toda sua vida. Contou-me emocionado como foi perder tudo naquele primeiro surto. Órfão de pai e tendo a mãe falecido há poucos anos, João vivia com a irmã mais velha, entretanto foi só no segundo surto, quando tios, tias, o irmão e a irmã começaram a disputar quem iria cuidar dele que João diz ter pensado, pela primeira vez em sua vida, ser um cara de sorte. “Eu descobri que era amado” disse-me ele; perguntei-lhe se antes João nunca havia sentido este sentimento, a resposta veio rápida: “não realmente”. Desde a última vez que encontrei João, ele não havia tido nenhum novo surto, agora trabalhando para uma empresa, reconquista sua autoconfiança e passara a colocar sua vida pessoal e sua saúde em primeiro lugar e não mais sua vida profissional. Além disso, ele encontra-se engajado em movimentos que procuram desmistificar a esclerose múltipla buscando maior inclusão social do deficiente físico na sociedade.

Foi devido ao problema de Daniela que me interessei pelo tema e, procurando respostas, acabei conhecendo Luana através de um grupo de pacientes na internet que trocavam informações sobre suas experiências. A história de Luana foi a responsável por geminar este trabalho. Luana é uma médica de 31 anos, diagnosticada aos 28 anos e que fala com propriedade de sua doença, sintomas e tratamentos, não se assustando perante o diagnóstico e redirecionado sua carreira para a neurologia.

O primeiro surto de Luana ocorreu quando ela se encontrava fora do país, pensando em casar-se com um estrangeiro, abandonar sua vida no Brasil e, conseqüentemente, a medicina. Luana teve uma paralisia lateral do corpo, prejudicando temporariamente sua movimentação, e deixando uma seqüela permanente; a perda da sensibilidade genital e da palma das mãos. Nos últimos anos,

tem tido surtos ocasionais que geralmente são de forte intensidade fazendo com que Luana necessite de bengala por algum tempo ou tratamentos de pulso terapia. Os surtos também lhe deixaram como seqüela uma neurite ótica que rebaixou sua visão. Entretanto Luana procura manter-se independente, trabalha e gosta especialmente de viajar sozinha.

O que me chamou atenção na história de Luana não é o seu trajeto como paciente, mas sim sua história pregressa à doença. Assim como Daniela, Luana também conta a história de seu nascimento de forma um tanto traumática. Sua mãe jovem, ao ter um bebê de 5kg, diz sentir-se sem saber o que fazer com “aquilo”. Luana, desde cedo, precisou ser cuidadora de si mesma e os desentendimentos com a mãe perduram até os dias de hoje. Excepcionalmente inteligente, entrou aos 16 anos na faculdade de medicina, fala diversos idiomas fluentemente, é uma leitora voraz, culta e dedicada a seus pacientes. Luana foi diagnosticada como bipolar ainda jovem, e até recentemente tomava lítium. Tentou o suicídio mais que uma vez, disse ser bissexual e descreve sua sexualidade como hiperativa, buscando diferentes parceiros.

Foi Luana, na posição de médica e portadora da esclerose múltipla, quem me falou sobre o sentimento de culpa em relação à doença, citando a escritora americana Susan Sontag, que travou uma longa batalha contra o câncer, “não me basta a doença eu ainda tenho que ser responsável por ela?”. Esse fato me alertou sobre a delicadeza do tema e dos riscos que corremos quando falamos de psicossomática. Neste sentido, Winnicott viria a abrir outras possibilidades para a discussão do tema como veremos mais adiante. Entretanto, para um ouvinte atento, foi impossível não relacionar as histórias pessoais destes indivíduos ao trajeto da doença e de seus sintomas. Por que alguém com uma sexualidade confusa perde a sensibilidade na região genital? Por que um sintoma neurológico aparece atrelado a outro sintoma visivelmente emocional?

Como a doença acaba por apresentar um potencial transformador e benéfico a ponto de resignificar uma vida? Por que na história destas pessoas encontramos dedicação para com o outro e, ao mesmo tempo, dificuldade de comunicação com o mundo? A preocupação com a saúde é constante nestes casos, mesmo antes do diagnóstico.

Descrevi brevemente a história de quatro pessoas próximas de mim que me levaram a refletir sobre o tema produzindo uma série de outras questões. Talvez os pacientes estejam sendo ouvidos de forma demasiadamente fragmentada por seus médicos ou terapeutas. Estaria sempre a esclerose associada a outros problemas emocionais? Qual a história pregressa do paciente? Conflitos familiares? Sexuais? Dificuldades sociais? Qual a perspectiva de futuro destas pessoas? Como conviver emocionalmente com um problema crônico debilitante? Talvez não sejamos responsáveis pela doença que temos, mas sim pela forma como convivemos com ela e pelo caminho que ela nos impõe. Talvez nossos genes carreguem uma série de possibilidades, mas quem aperta os botões para que alguns sejam ativados e outros não?

É preciso deixar claro que este trabalho não possui o objetivo de fazer tais levantamentos, confrontar teorias ou realizar estudo da vida destas pessoas que me contaram suas histórias no âmbito particular e social. O objetivo será, então, utilizar do referencial teórico winnicotiano na exploração e abordagem do tema, abrindo portas para novas formas de pensar não apenas a doença, mas sim o paciente, este ser imerso no mundo que carrega em si uma história e um tempo, não mais separando o que é corpo e o que é psíquico. Se a medicina ou a psicossomática ainda não conseguiram oferecer uma resposta satisfatória para as origens da esclerose múltipla, o ponto de vista winnicottiano nos permite ampliar essa reflexão.

INTRODUÇÃO

A mudança de paradigma psicanalítico levada a efeito por Winnicott, assim como demonstra Loparic (1996), possibilitou ao clínico um olhar diferenciado para os estágios pré-primitivos do amadurecimento, de modo que se pudesse estabelecer suporte teórico para as intervenções do psicanalista sobre aquilo que, de modo vago e impreciso, a psicanálise classificou como conteúdo “pré-edípico”.

Sob esse novo olhar, a sexualidade deslocou-se do primeiro plano na compreensão do amadurecimento humano e deu lugar aos processos de integração, no espaço e no tempo, à personalização e à criatividade primária. O homem, sob o olhar winnicottiano, deixou de ser produto de uma sexualidade perverso polimorfa, transformada por obscuros mecanismos de sublimação, para ser “uma amostra no tempo, da natureza humana”. A humanidade no homem deixou de ser produto de uma imposição da realidade modeladora de aparelhos psíquicos, para se tornar uma conquista do ser que se desdobra a partir da solidão essencial e se espraia nas tramas de um si-mesmo integrado a partir de seu próprio tempo originário.

Os evidentes reflexos desse pensamento original não poderiam ser aceitos de maneira ingênua e simplista. As mudanças advindas desse construto teórico, no fazer clínico, seriam por demais profundas para que o espírito científico as acolhesse sem contestações. A integração no espaço e no tempo, assim como as conseqüências de sua interrupção, não tinham, na metapsicologia clássica, qualquer possibilidade de serem legíveis ao clínico orientado pelos parâmetros da pulsionalidade e das representações. A necessidade de estudar o modo como essa concepção inovadora se traduziria no *setting* psicanalítico tornou-se urgente, na medida em que conceitos como *holding*, *handling*, apresentação de objetos, si-mesmo primário e outros, deram ao psicanalista instrumentos de compreensão e de

ação abrangentes e originais. Se por um lado as mudanças propostas por Winnicott estimularam a necessidade da compreensão de novos conceitos, também permitiram que uma vasta gama de temas, anteriormente deixados de lado pela psicanálise tradicional, pudessem ser estudados ou revistos através de uma nova ótica, abrindo novas portas especialmente no que concerne ao estudo das psicoses.

Mediante o novo paradigma, é importante ressaltar que a tarefa mais complexa durante nosso amadurecimento é a de integração. Para Winnicott, amadurecimento é diferente de desenvolvimento e crescimento corpóreo, pois no amadurecer está a idéia da constituição de uma personalidade unitária. Baseada no estudo da totalidade da obra de Winnicott, Dias (2000) nos alerta para o que ela chama de “Uma existência humana essencialmente psicossomática”. O soma é um corpo vivo, que se distingue do corpo físico justamente pela sua relação com a psique. É o corpo habitado, que vai além dos seus aspectos fisiológicos ou anatômicos, é o próprio ser no mundo. Desta forma, esse corpo vivo é constantemente afetado pelos estados da psique, e essa psique é responsável não apenas pela elaboração imaginativa das funções corporais, como veremos mais adiante, mas também pelas experiências do passado, bem como a percepção do presente e expectativas futuras.

Dias (2000) nos lembra que, segundo Winnicott (1990), ao nascer emergimos de um estado de solidão essencial, onde não há um eu constituído, tampouco uma relação com o outro, e a psique está se constituindo. Na saúde, a psique se constituirá integrada ao soma. Para Winnicott (1945d), o alojamento da psique no soma dá-se no ambiente e acontece em conjunto com a tarefa de integração no tempo e no espaço; essa será uma das tarefas que possibilitará o estado do eu-sou unitário. São estes os aspectos iniciais do processo de amadurecimento e personalização do indivíduo. Para Winnicott (1990), a integração do sujeito não é

algo garantido, mas sim algo a ser alcançado. Essa tendência inata à integração tem fundamentação biológica, mas, para o estudo da psicologia humana, a constituição biológica do indivíduo não é condição única e satisfatória para a integração. Dias (2000) argumenta que os conceitos estabelecidos por Freud, conversão histérica e somatização, não mencionam a dificuldade de estabelecer a relação psicossomática e a ameaça de rompê-la, tampouco se percebe o dualismo que existe entre psique e soma. A autora nos lembra que, segundo Winnicott, a existência humana não diz respeito a corpo e mente e sim a psique e soma inter-relacionados.

No decorrer de sua obra, Winnicott descreve uma série de casos aparentemente relacionados a uma patologia de origem somática, como anorexia nervosa, lupus, colite e alopecia, mas que revelam elementos notadamente psicossomáticos. Entretanto, freqüentemente observamos o quanto estes pacientes acabam sendo assistidos, se não estritamente por um médico especialista, por equipes multidisciplinares. Para Winnicott (1990), a tendência de separar o tratamento em o que é relativo à psique e o que é relativo ao soma está fadada ao fracasso. Trabalhando aqui a hipótese de que a doença psicossomática tem origem em dissociações múltiplas ou cisões na organização do ego do paciente, fica claro que devido às características sintomáticas e o próprio modelo médico atualmente empregado, o tratamento acabará ocorrendo também de forma cindida, não buscando uma integração da psique-soma.

De acordo com Winnicott (1966d), um dos elementos mais importantes a se considerar quando diante de um paciente que sofre de um transtorno psicossomático é a cisão que ocorre entre o cuidar da psique e o cuidar do soma. Embora a primeira vista possa parecer que falamos de um paciente não-integrado é justamente pelo fato de estar integrado que o paciente vive suas aflições em seu soma, embora não reconheça o conflito na psique. Assim o transtorno

psicossomático pode surgir tanto como resultado de uma dissociação quanto como uma defesa organizada das próprias ameaças da conquista de um si mesmo integrado. Winnicott (1966) descreve a enfermidade psicossomática como *o negativo de um positivo*, justamente por sua íntima relação com a tarefa de integração do si mesmo, como estudaremos mais adiante.

Para abordar este tema mais profundamente, foi escolhido realizar um estudo sobre a esclerose múltipla, a qual daqui por diante nos referiremos como 'EM', que ilustra perfeitamente como uma doença pode mobilizar uma série de aspectos do cuidar humano e o quão complexo e singular um quadro sintomático pode tornar-se. Embora não sendo possível durante a realização deste trabalho efetuar um estudo de caso clínico, a reflexão sobre a vida da violoncelista Jacqueline du Pré nos forneceu uma retrospectiva histórica de um portador da doença, possibilitando ampliar a discussão sobre o tema e buscar compreender o lugar da doença na vida do indivíduo.

Ainda ao abordarmos a doença, seus sintomas e tratamentos, podemos levantar o delicado questionamento de até quando a medicina insistirá em procurar agentes estritamente genéticos ou endêmicos na sua etiologia. Para que esta mudança ocorresse, algo muito mais simples e fundamental precisaria mudar; a forma como o médico enxerga seu paciente, que freqüentemente é tão fragmentada como parece ser a doença. Entretanto, se não enxergamos a possibilidade de um conluio psicossomático, como podemos buscar proporcionar uma existência saudável ao paciente? Assim, a permissão para analisarmos a EM como uma doença psicossomática, não é um levante contra a farmacologia, mas sim a possibilidade de auxiliarmos nosso paciente a ser tratado como um ser inteiro, e de considerar que tanto a psique quanto o soma precisam de cuidados. Cuidar de uma

parte, não é, por efeito, cuidar da outra; cuidar de uma é, na verdade, cuidar de ambas, de forma integrada.

Em um breve esclarecimento, já que posteriormente abordaremos o tema com mais detalhes, a EM é uma doença crônica auto-imune degenerativa do sistema nervoso e acomete, segundo dados da Associação Brasileira de Esclerose Múltipla - ABEM (2007), no Brasil, cerca de dez pessoas a cada 100 mil habitantes. Estudos sobre a doença e avanços no seu tratamento datam principalmente dos últimos 15 anos. Embora a etiologia da doença permaneça desconhecida, sabe-se que a maior parte dos pacientes, no início da doença, são mulheres jovens, entretanto, a doença também é observada em crianças, idosos e homens jovens. Os sintomas que acometem os portadores da doença podem ser os mais variados possíveis, pois dependem da área afetada no sistema nervoso e da intensidade dos surtos, assim chamados os episódios em que as células encontram-se em processo inflamatório. É justamente essa imprevisibilidade da doença que dificulta o seu diagnóstico, muitos pacientes passam por diferentes médicos e tratamentos até chegarem ao diagnóstico de EM, atrasando o início do tratamento, o que pode acarretar em seqüelas permanentes. Um fator que agrava mais ainda a situação, especialmente no Brasil, é o desconhecimento da comunidade médica e profissionais de saúde sobre o quadro da EM, embora haja centros de referências produzindo importantes estudos nos países, como a equipe do Dr. Dagoberto Callegaro que atua no Hospital das Clínicas em São Paulo e o CATEM na Santa Casa de São Paulo.

Dentre os trabalhos que abordam o aspecto emocional e psicológico da doença, encontramos pesquisas como a de McDonald & Ron (1999), que verifica a relação da EM com outros transtornos psíquicos e no artigo de Haaese (2005), que procura olhar o paciente de EM pelo viés da psicologia da saúde, encontramos

bases para iniciar um estudo psicanalítico da origem da doença. Haaese (2005) menciona o stress como um fator, que de acordo com seus pacientes, precipitaria os surtos, embora não haja dados empíricos que confirmem a hipótese. De qualquer forma, é preciso ressaltar que, através do convívio com pacientes da doença, é possível notar como suas histórias de vida parecem ter uma forte relação com o curso da doença e seus sintomas. Muitos pacientes inclusive relatam saber que vão surtar antes mesmo do surgimento de qualquer sintoma físico. Embora muitos médicos e pacientes relacionem a frequência dos surtos e sua intensidade com o estresse e com o aspecto psicológico, associações de auxílio ao paciente portador de EM, como a ABEM, têm amparado o aspecto emocional do paciente através de terapia ocupacional e da terapia comportamental cognitiva, sendo que o tratamento psicológico oferecido visa à aceitação do paciente a sua condição.

Apesar da reconhecida influência do emocional no curso da EM, pouco se fala do seu caráter psicossomático. É um desafio frente ao atual modelo médico, para o qual o ser humano é dividido em frações para que possa obter algum tratamento, procurar alternativas para a compreensão de uma doença complexa como a EM e que afeta ao indivíduo em tão diversos aspectos de sua vida. O presente trabalho busca justamente olhar a EM pelo viés da teoria da integração psique-soma de Winnicott, para quem sabe, assim, encaminhar o desenvolvimento de novas possibilidades, tanto de compreensão da doença em questão e dos transtornos psicossomáticos, quanto de abordagem terapêutica em seu tratamento.

O Capítulo I trata, em linhas gerais, de forma clara e especialmente acessível para não membros da comunidade médica, o que é a EM. Apresenta uma breve história da doença, as hipóteses mais frequentes em busca de sua etiologia, os sintomas, tratamentos e o impacto na vida dos portadores da etiologia. Faz também

menção aos trabalhos publicados sobre o tema envolvendo os aspectos psicológicos dos pacientes.

No capítulo II, é feita uma exposição sobre a teoria do amadurecimento detendo-se nos estágios mais importantes para a compreensão dos transtornos de aspecto inicialmente somáticos e o alojamento da psique no soma. Serão discutidos alguns dos casos de pacientes psicossomáticos de Winnicott.

No capítulo III, exploram-se as hipóteses de cisão e da doença como defesa e forma de integração, buscando assim novas possibilidades de abordagem da temática EM e ampliando a discussão sobre psicossomática e a teoria winnicottiana. Para ajudar na compreensão do tema e ampliar a discussão sobre o tema sob a lente da teoria winnicottiana, relata-se a biografia da violoncelista Jacqueline Dupré, que morreu nos anos 80 em decorrência de complicações relativas à doença.

CAPÍTULO I

ESCLEROSE MULTIPLA

Para compreender o porquê da realização deste estudo pela ótica da teoria do amadurecimento, é preciso primeiramente falar sobre a EM. Embora não seja uma doença essencialmente de causas psicossomáticas, é reconhecido por parte da comunidade médica o impacto do aspecto emocional sobre o seu curso e agravamento dos sintomas. A EM vem intrigando a comunidade médica justamente pela singularidade com que afeta cada paciente e pela sua etiologia ainda um tanto quanto misteriosa. A seguir explicitaremos aspectos históricos, hipóteses etiológicas, critérios diagnósticos e tratamento da doença.

- Aspectos Históricos e Etiológicos

Quando se fala em EM entre os profissionais de saúde, inclusive com a classe médica, freqüentemente surge uma grande interrogação. Essa interrogação vai da idéia do sujeito “esclerosado”, que se esquece das coisas pelo envelhecimento natural, ao pânico total pelo impacto que o termo causa. Pacientes tem relatado que quando consultam médicos de diversas especialidades acabam sentindo como doentes contagiosos ou prestes a morrer. Um simples pedido de exame médico para natação pode virar uma bateria de exames não relacionados aos sintomas que o paciente apresenta. O médico, desatualizado sobre os últimos estudos sobre EM, procura se resguardar ao lembrar-se do que ouviu anos antes em sua graduação “a esclerose é uma doença terrível e devastadora”. Se é esse pânico que muitas vezes o médico desinformado sente ao tratar um paciente que sofre de EM, podemos

imaginar o que sente o paciente ao ser recebido desta forma por um clínico geral ou ao receber o diagnóstico.

A história da EM é de fato assustadora e durante séculos intrigava médicos e pacientes, que enfrentavam a doença sem possibilidade alguma de tratamento. Segundo Moreira (2005), possíveis casos da doença foram descritos há séculos passados. Na Islândia, no século XIII, uma garota que perdeu a visão subitamente e a recuperou pode ter sido o primeiro caso de EM a ser relatado. No século XIV, um extenso relato foi realizado pela freira holandesa Lidwina de Schiedam (1380-1433), a descrição dos sintomas, como dores intermitentes, fraqueza das pernas e distúrbios oculares típicos nos levam a acreditar na possibilidade de EM. No Brasil, acredita-se que Santos-Dumont também sofria da doença, relatando em 1910 um quadro de tonturas e visão dupla que avançou para tremores, depressão e dificuldade para caminhar.

Foi no início do século XIX que a primeira descrição científica da EM a introduziu como doença específica reconhecida pela Medicina. Os médicos e patologistas ingleses Robert Hooper e Robert Carswell, e o francês Jean Cruveilhier publicaram detalhes médicos e ilustrações sobre aspectos patológicos do sistema nervoso, como podemos acompanhar na pesquisa histórica realizada por Moreira (2005). Curiosamente foi o médico neurologista francês Jean-Martin Charcot (1825–1893), também colega de Freud, que em 1860 adicionou observações clínicas e anatômicas significativas e detalhadas ao trabalho dos seus predecessores, diferenciando a EM da paralisia devido a apresentações de “lesões neurológicas disseminadas no tempo e espaço, com manifestações clínicas com períodos de agudização e remissão; predomínio de envolvimento da mielina principalmente na região periventricular, no nervo óptico e na medula espinhal.”. Suas descrições são válidas até os dias de hoje e de fundamental importância para o estudo e

caracterização da doença. Na época, a doença era então conhecida como “esclerose de placas” devido a placas de necrose encontradas no sistema nervoso dos pacientes.

A partir de 1884, uma série de contribuições ao estudo de EM foram produzidas caracterizando e estudando sintomas tais como distúrbios de marcha, intestinais e sexuais, formas de surtos e remissões, a correlação com doenças infecciosas e agentes virais como possível desencadeante, relações genéticas e demais estudos epidemiológicos. Na busca pela origem da doença, encontra-se também a esperança de um tratamento mais eficiente e, porque não, a possibilidade de cura.

De acordo com Callegaro (2005), é difícil analisar os aspectos epidemiológicos da doença reduzindo-a a um único modelo. Os estudos de prevalência e incidência vêm ajudando em um melhor conhecimento da doença e da sua etiopatogenia. Segundo as informações coletada pelo autor, a maior prevalência da doença encontra-se no hemisfério norte, especialmente na Europa ocidental, sendo a população escandinava a de maior risco. Supõe-se que a migração viking seja responsável pela possível disseminação de seus traços genéticos que favoreceriam o surgimento da EM. Os negros, especialmente os afro americanos, têm apresentado menor susceptibilidade à doença. No Brasil, devido à forte miscigenação de raças, torna-se mais complexo identificar as origens genéticas do brasileiro, enquanto as discrepâncias econômicas dificultam os estudos de prevalência por região e raça devido a dificuldade de realização de diagnósticos. Sendo a região sudeste a única com estudos concluídos estes apontam para uma incidência menor da EM que a de seus países colonizadores.

Grupos de estudos conduzidos por médicos especialistas em EM apresentam freqüentemente diversas pesquisas sobre etiopatogênica da doença, averiguando fatores geográficos, socioculturais e de risco biológico, tais como clima, agentes

químicos, alimentação, traumas, condições sanitárias, fatores socioeconômicos, estresse, cirurgias, contatos com agentes infecciosos, entre outros, tentando compor o perfil do paciente portador de EM.

Embora seja impossível chegar a um consenso e muitas informações sejam contraditórias, é interessante ressaltar alguns dados comentados por Callegaro (2005). Uma maior prevalência da EM é verificada entre pessoas de boas condições socioeconômicas e culturais. Nenhuma teoria ainda foi comprovada, é preciso ressaltar a possibilidade de que o acesso facilitado dessa população à medicina e a especialistas possibilitem um diagnóstico mais preciso quando se trata de uma doença com características sintomáticas tão complexas.

O contato prévio com agentes infecciosos também vem sendo amplamente estudado e especula-se que o vírus da caxumba, sarampo, rubéola, doença de Lyme, adenovírus, família *Herpes Viridae*, entre outros, possam estar associados ao desencadeamento da EM em pessoas predispostas.

Acredita-se que a susceptibilidade genética seja um importante fator para o surgimento da doença, entretanto, ainda não foi descoberto um gene específico causador da EM. Segundo Leon (2005), em estudos realizados com gêmeos¹, ficou mais clara a influência do ambiente no desenvolvimento da EM e impossível afirmar a ocorrência de padrões previsíveis de hereditariedade, embora o fator genético seja evidente. Os estudos atuais se concentram na interação genética e ambiental. Uma das hipóteses mais consistentes atualmente é que os indivíduos que desenvolveram EM seriam vulneráveis geneticamente a certos estímulos imunológicos, tais como estímulos virais, levando a uma reação em cadeia no sistema imunológico que afetaria o próprio organismo. Acredita-se que esse sistema complexo seja regulado

¹ Para mais informações ver TILBERY (2005) pág 29-32

por uma série de genes, assim a EM é descrita hoje como uma doença poligênica e multifatorial.

- Critérios Diagnósticos:

Mais uma vez é importante ressaltar a complexidade que é a realização de um diagnóstico de EM. Muitos pacientes passam anos buscando diversas especialidades, comunicam diferentes sintomas a diferentes especialistas, que freqüentemente não estão familiarizados com o quadro da doença, ou mesmo por essa cisão de sintomas ficam impossibilitados de ligar todos os fatos. Um formigamento nos pés pode ser confundido com uma hérnia de disco ou má postura, uma baixa na acuidade visual acaba descuidadamente sendo deixada de lado, uma forte fadiga pode ser tomada por estresse. É somente quando os sintomas aparecem na forma mais aguda ou simultaneamente que a hipótese de EM é levantada.

Os critérios diagnósticos mudaram desde quando Chacot descreveu o primeiro relato em 1865. Anteriormente, o diagnóstico era realizado apenas pela história clínica pregressa da paciente e de exames físicos. Hoje, é possível a realização de exames de ressonância magnética e pesquisas de bandas oligoclonais no licor (LCR), que embora não tenham sido desenvolvidos especificamente para esse fim, auxiliam no diagnóstico da EM.

Segundo Ferreira & Mendes (2005), cerca de 5% dos casos de EM são falso-positivos, algumas doenças do sistema nervoso central são indistinguíveis da EM através de Ressonância Magnética, sendo que não existe hoje nenhum exame específico para o diagnóstico da EM. O diagnóstico diferencial é fundamental para excluir diversas moléstias semelhantes. Uma vasta gama de doenças inflamatórias, infecciosas, leucodistrofias, síndromes medulares isoladas, entra outras, podem dificultar o processo diagnóstico .

Em 1983, Poser definiu os critérios diagnósticos que, embora não sejam mais utilizados para estes fins, aproximaram a uniformização de certos termos utilizados quando nos referimos ao paciente com EM. Entre eles, podemos citar:

- *história clínica*: ajuda na identificação de eventuais surtos prévios e revestidos, como diplopia (visão dupla), paresia (comprometimento motor), parestesias (alterações sensitivas tais como dormências e formigamentos nos membros) e déficit da visão, não evidenciados no exame físico atual;
- *evidência clínica de lesão*: disfunção neurológica evidente no exame neurológico;
- *evidência de lesão paraclínica*: relacionada às alterações da resposta do estudo dos potenciais evocados e dos exames de neuroimagem;
- *surto*: manifestação aguda de um sinal ou sintoma neurológico, com confirmação objetiva ou subjetiva anamnésica e duração superior a 24 horas; as manifestações que ocorrem por tempo inferior a este não serão consideradas como surto;
- *remissão*: é a melhora total ou parcial de sintoma pelo período mínimo de um mês;

Poser (*apud* Kelian) (2005)

Os critérios atuais foram elaborados por McDonald em 2002 e são citados por Kelian (2005). É uma síndrome clínica de natureza inflamatória e desmielinizante², caracterizada por disfunção neurológica recorrente e disseminação tanto no tempo quanto no espaço. Os dados para este diagnóstico são obtidos através da história clínica do paciente e de exames de Ressonância Magnética (RM). Não entraremos em maiores detalhes anatomopatológicos. Os mesmos podem ser encontrados em textos específicos da área médica, como o aqui citado na bibliografia. Entretanto, é importante ressaltar os sinais e sintomas em EM, dentre os principais estão: neurite

² Mielina - uma substância lipídica que envolve as fibras nervosas do cérebro e acelerando a condução de impulsos nervosos entre as células. Uma vez que as camadas da mielina vão sendo destruídas, as mensagens que saem do cérebro são lentas ou bloqueadas, alterando o funcionamento da região que esperava uma de ordem.

óptica unilateral, perda aguda da visão colorida e diplopia binocular, mielite transversa, sinal de Lhermitte (sensação de choques elétricos no pescoço), ataxia da marcha (coordenação do movimento), dismetria unilateral³, tremores e incoordenação, osciloscopia (ilusão visual de movimento para frente e para trás causando sensação de vertigem), síndromes sensitivas e motoras transitórias.

A evolução da doença varia de paciente para paciente e, mesmo os sintomas acima citados não surgem da mesma forma e com a mesma frequência em todos os pacientes, por exemplo, o paciente pode ter um ou mais sintomas ou mesmo apresentar um quadro assintomático devido às oscilações surto/remissão. Com o avançar da idade as seqüelas vão somando-se, debilitando a qualidade de vida da paciente. A gravidade de cada caso está relacionada com a área afetada onde, após a desinflamação, formou-se um tecido semelhante a uma cicatriz, mas mesmo sendo a EM é uma doença evolutiva incapacitante, é imprevisível saber qual curso irá seguir.

De acordo com Tilbery (2005), o comprometimento motor, de variados graus, é um dos sintomas mais frequentes em pacientes com EM. A espasticidade, que provoca o enrijecimento dos músculos, também é comum, especialmente em pacientes de longa evolução. Os sintomas podem ocorrer em diferentes momentos, seja ao fim do dia, após um exercício ou mesmo em ambiente de temperatura elevada. Os distúrbios sensitivos também são frequentes. Alterações visuais também, principalmente a neurite ótica, que é a inflamação do nervo óptico. Sensações de amortecimento, anestesia, alterações na percepção térmica da pele. Os distúrbios cerebelares seriam os mais incapacitantes e são mais comuns na

³ Ao se pedir ao paciente que abduza o braço estendido e alternada e sucessivamente toque o próprio nariz o paciente com alterações sensoriais o paciente não consegue encontrar o nariz com os olhos fechados. Alterações cerebelares são detectadas como achados que variam desde dificuldade até incapacidade de realização do teste. A dismetria pode se manifestar em três graus: hipodismetria (o paciente para o movimento antes de alcançar o nariz), bradidismetria (o paciente para e completa o teste com movimentos lentos e hesitantes) ou hiperdismetria (o dedo alcança o nariz com força e velocidades excessivas).

forma primariamente progressiva de EM, a ser definida mais adiante. Disfunção de esfíncteres costuma aparecer durante a evolução da doença, bem como a urgência urinária. A disfunção sexual também é verificada com relativa freqüência entre pacientes, nos homens podendo causar dificuldade de ereção e, nas mulheres, ausência de orgasmo devido alterações na sensibilidade genital. Outro sintoma freqüente relatado pelos pacientes é uma forte sensação de fadiga, muitas vezes associada à influência do aumento de temperatura no ambiente.

A EM não comete as funções intelectuais gerais, entretanto, por não ser uma doença uniforme, os relatos dos próprios pacientes em relação a possíveis sintomas no campo cognitivo são irregulares e não existe consenso entre os próprios pesquisadores. De acordo com Balsimelli (2005), acredita-se que embora alterações cognitivas, como dificuldade de memória, raciocínio e concentração, sejam evidenciadas em cerca de 60% dos pacientes de EM, destes apenas 10 a 20% têm uma deficiência significativa. Entre as funções mais prejudicadas estão a memória recente, especialmente pela dificuldade de evocação e não de armazenamento, sustentação da atenção e rapidez do processamento mental. Raramente há deterioração da função intelectual. Alterações na linguagem raramente são relatadas, embora possa haver dificuldades na fluência verbal devido a déficit motor.

A EM ainda pode ser classificada em quatro subtipos que variam de acordo com o tempo de surto-remissão. A classificação citada por Tilbery (2005) compõe o diagnóstico e refere-se a formas da doença que podem ser mais brandas ou mais agressivas, devendo ser levadas em consideração no tratamento e prognóstico. São elas:

Forma Remitente-recorrente: é caracterizada por surtos com duração variável seguidos de um período de remissão sem agudizações. A recuperação dos sintomas

do surto poderá ser total ou parcial. A ocorrência de repetidos surtos é que pode causar, com o tempo, a evolução da doença e comprometimento neurológico definitivo. De acordo com dados levantados por Tilbery (2005), a maior parte dos pacientes apresenta esta forma da doença.

Forma Secundariamente Progressiva: A maioria dos pacientes que iniciam a doença com a forma surto-remissão evoluem, cerca de cinco a dez anos após o início da doença, para a forma secundariamente progressiva. Nesta forma, o paciente apresenta, no período de remissão, leve progressão dos sintomas, no entanto, sem surtos intercalados. Segundo Tilbery (2005), a caracterização desta forma da doença é uma das mais complicadas, pois muitos pacientes apresentam uma condição clínica estacionária ou negação da piora dos sintomas.

Forma Primariamente Progressiva: É a forma clínica menos freqüente e mais agressiva. A doença já inicia de uma forma progressiva, com pouca ou nenhuma melhora dos sintomas. O paciente poderá apresentar flutuações dos sintomas com pequenas melhoras ou períodos de estabilização. Em geral, o início desta forma da doença ocorre por volta dos 40 anos e a evolução é muito mais rápida, cerca de 6 anos segundo Tilbery (2005), o que pode levar à necessidade de auxílio intermitente ou unilateral constante (bengalas, muletas) para caminhar cerca de 100m com ou sem descanso.

Forma Progressiva Recorrente: Caracterizada por uma progressão desde o início da enfermidade, apresentando surtos parcialmente remitentes, e grau crescente de incapacidade. Ainda não há consenso sobre a classificação dessa forma.

- Prognóstico e Evolução:

São inúmeros os critérios utilizados para avaliar a evolução e o prognóstico da doença. De acordo com Tilbery (2005), pacientes com surtos freqüentes com manifestações sensitivas e remissões totais caracterizam a forma mais benigna da doença em que o paciente apresenta menor score⁴ de incapacidade após 3 anos. Alguns pacientes podem apresentar uma menor freqüência de surto, entretanto, com comprometimento motor acentuado, remissões prolongadas com subseqüentes surtos graves caracterizando a forma mais maligna da doença. O uso da ressonância magnética também demonstrou a ocorrência de surto silenciosos, que embora assintomáticos deixam lesões desmielinizantes.

Para a realização do prognóstico, outros fatos devem ser considerados, tais como a idade em que se iniciaram os sintomas, tipo de surto inicial, quantidade de surtos nos primeiros anos, intervalos entre os surtos, quantidade de alterações residuais após surtos, avaliação da capacidade motora, atividade lesional presente na ressonância magnética. Entretanto, os dados levantados por Tilbery (2005) demonstram que os resultados nos estudos realizados variam de autor para autor, evidenciando que não há consenso sobre a forma da doença e seu prognóstico, apenas há a possibilidade da estimativa de impacto da doença na qualidade de vida e bases para um tratamento farmacológico.

- Tratamentos:

O tratamento da EM consiste basicamente em duas vias, o tratamento sintomático e o tratamento medicamentoso para controle e prevenção dos surtos e inflamações.

⁴ Para visualização das diferentes tabelas de funcionalidade em Esclerose Múltipla ver o site do comitê Brasileiro de tratamento e pesquisa de Esclerose Múltipla - http://www.bctrims.org.br/geral.aspx?pag=esclerose_escalas

Tratamento medicamentoso

Um dos grandes desafios ao tratar o paciente de EM para tentar conter os processos inflamatórios e reduzir o número de surtos e sua conseqüente incapacidade progressiva é a incerteza de prognóstico e a forma como cada paciente vai reagir a um determinado medicamento. Foi nas últimas duas décadas que surgiram drogas mais eficazes no tratamento, alterando o curso da doença.

O tratamento dos surtos é hoje realizado com corticoesteróides, que possuem ação antiinflamatória e imunossupressora. Os dados coletados por Tilbery (2005) demonstram que sem a interferência dos medicamentos, 2/3 dos pacientes melhoravam completamente após o primeiro surto, enquanto após o segundo surto, esse índice já caía para 1/3. Os surtos de duração mais longa, acima de duas semanas, também costumam deixar maior proporção de seqüelas que os surtos mais breves. Sendo que, a cada episódio de surto, as chances de seqüelas aumentam pelo dano progressivo causado à região afetada.

Foi na última década que os primeiros tratamentos com drogas imunomoduladoras e propriedades antivirais mudaram o curso da doença. Entretanto, a maioria das drogas utilizadas no tratamento da EM não foram desenvolvidas especialmente para estes fins e sim contra o câncer e HIV. Segundo Tilbery (2005), a maioria dos pesquisadores acredita que a EM é causada por um vírus que compromete pacientes com estados imunologicamente predispostos, embora estas drogas atenuem os surtos e o número de lesões desacelerando o processo incapacitante, elas não são terapias curativas pois, mesmo com grandes avanços, a gênese da EM ainda permanece obscura.

De acordo com os dados coletados por Tilbery (2005), dentro os medicamentos utilizados atualmente, encontram-se:

- Interferon Beta 1 b (Betaferon®): Aplicação através de injeção subcutânea (camada adiposa logo abaixo da pele) em dias alternados realizada pelo próprio paciente. De acordo com as pesquisas apresentadas, o uso dessa droga reduziu em cerca de 30%, quando comparado com pacientes que receberam placebo, o número de surtos e a carga lesional em pacientes que apresentam a forma remitente-recorrente da doença.

- Interferon Beta 1 a (Avonex®): Aplicação através de injeção intramuscular semanal. As pesquisas realizadas com pacientes portadores da forma remitente-recorrente que haviam sofrido pelo menos 2 surtos antes do início do tratamento, apresentaram uma redução do número de surtos, comparado ao grupo placebo. Essa redução foi mais acentuada durante o segundo ano. Quanto às cargas lesionais, não houve diferenças estatística significativas se comparadas ao grupo placebo.

- Interferon Beta 1 a (Rebif®): Aplicação via injeção subcutânea três vezes por semana. De maneira semelhante aos demais houve redução no número de surtos e carga lesional.

- Acetato de Galtirâmer (Copaxone®): Aplicação via subcutânea diária. Reduziu significativamente o número de surto e lesões após três anos de uso, comparativamente ao grupo placebo.

Os medicamentos acima citados tem hoje sua venda e distribuição no Brasil liberado pela ANVISA. Os quatro são fornecidos pelo governo através do programa de distribuição de medicamentos de alto custo. Nos Estados Unidos e Europa, outros medicamentos encontram-se atualmente em fase de testes ou foram liberados recentemente.

A maioria dos imunomoduladores apresenta efeitos colaterais nos três primeiros meses de tratamentos, tais como febre, mialgias, cefaléias, calafrios e fadiga. No caso de pacientes grávidas os imunomoduladores são contra indicados.

Ainda não há dados estatísticos que comprovem que estes medicamentos retardem a progressão da doença, à exceção do seu emprego nas formas iniciais da EM e com mínimas incapacidades neurológicas. Segundo Tilbery (2005), para a maioria dos autores, o uso de interferons nas formas secundariamente progressiva tem resultados pouco significativos. Assim, imunossuppressores como a azatioprina, o mixotoxantrone, a ciclosporina, o metrotexate, entre outros, foram testados, alguns com maior ou menor sucesso, outros sem resultado nenhum.

O transplante autólogo de células-troncos vem sendo indicado nos casos mais graves da doença, onde há extenso comprometimento neurológico e baixa qualidade de vida. Embora haja ainda alto risco de morbidade no procedimento, nos casos em que o procedimento é bem sucedido, bons resultados vêm sendo obtidos após a recuperação, diminuindo consideravelmente o número de surtos.

Dentre todos os medicamentos e tratamentos para EM atualmente conhecidos Tilbery (2005), ressalta a dificuldade de avaliar o desempenho de cada medicamento comparativamente, pois o grande desafio no tratamento da EM está na resposta singular de cada paciente.

Tratamento Sintomático

A abordagem de tratamento sintomático varia de profissional para profissional. Alguns médicos são mais agressivos, preferindo tratar qualquer sintoma que possa vir a se configurar como um surto com pulso terapia. Outras abordagens se baseiam na queixa do paciente, se o sintoma é incômodo, embora não se

configure como surto, o neurologista pode decidir aguardar a remissão espontânea do sintoma antes de intervir por via medicamentosa. De qualquer forma, para o neurologista Tilbery (2005), o paciente deve estar sempre bem informado sobre formas de evolução da doença, tratamentos disponíveis e avanços terapêuticos e cabe ao profissional orientar o paciente para conquistar adesão ao tratamento.

O tratamento sintomático é dividido em três categorias mencionadas por Tilbery (2005): Primários, Secundários e Terciários, sendo os primários sintomas como tremor, parestesias, dificuldades motores e visuais, fraqueza e espasticidade, entre outros, decorrente de desmielinizações recentes. Os secundários incluem, além dos sintomas anteriores que permaneceriam como seqüelas, contraturas, obesidade, osteoporose e infecções urinárias decorrentes das incapacidades causadas pela degeneração das funções. Os terciários são devidos as alterações de médio prazo de natureza psicológica e social.

Dois dos principais sintomas que afetam os pacientes são as fraquezas musculares e a espasticidade. Ambos ocorrem com maior freqüência nos membros inferiores dificultando a marcha, sendo que a espasticidade, ao contrário da fraqueza, dificulta pela rigidez excessiva do membro. Entre os fatores que estão associados à piora do quadro de fraqueza muscular estão febres, desequilíbrio eletrolítico e stress. Além de medicamentos são indicadas fisioterapia e terapia ocupacional para fortalecimento de membros que possam auxiliar na movimentação e tornar o paciente menos dependente. Já a espasticidade tem sido associada freqüentemente à inatividade. Para auxiliar no alívio dos sintomas, segundo Tilbery (2005), drogas antiespasmódicas e benzodiazepínicos demonstraram variados graus de eficiência e efeitos colaterais, sendo receitados respeitando certas restrições pois podem causar sonolência, depressão e danos ao organismo. Embora haja uma sorte de tratamentos em estudos, na comunidade de pacientes do site de relacionamento

ORKUT, há pacientes que relatam o uso da maconha como eficiente para a diminuição da espasticidade, sendo o tema controverso ao ser discutido na comunidade médica brasileira, pois não há dados consistentes sobre o uso dessa substância.

Sintomas cerebelares, tais como tremores, instabilidades e quedas freqüentes apresentam pouca melhora com o uso de medicamentos, Tilbery (2005) recomenda a orientação dos pacientes para a utilização de bengala, braceletes e maior cuidado na realização das tarefas diárias. Urgência urinária pode ser medicada pelo urologista, já problemas como constipação são tratados usualmente pela dieta e ocasionalmente com o uso de laxantes. As parestesias podem ser aliviadas através do uso de corticóides. Alterações de deglutição, fala, audição e linguagem são tratadas pelo fonoaudiólogo. Os tratamentos das alterações visuais dependem da sua etiologia inflamatória. Crises dolorosas são outro ponto polêmico, embora o uso de analgésicos possa auxiliar, e no caso de nevralgia do trigêmeo possa ser tratada com carbamazepina e, em casos mais graves, eventual rizotomia do nervo, o uso da maconha também é citado pelos pacientes. Apesar dos grandes avanços na área farmacêutica, no que se refere ao tratamento da doença, o ideal seria que a equipe que assiste o paciente fosse inter e multidisciplinar, principalmente nos casos em que ocorrem limitações físicas e existe a necessidade de reabilitação.

- Reabilitação e Qualidade de vida

O principal problema para o doente com EM é a progressiva incapacidade física. Só um terço dos doentes será capaz de trabalhar normalmente após 20 anos. Sem tratamento, a maioria necessitará utilizar cadeira de rodas para se movimentar antes de 20 anos após o surgimento dos primeiros sintomas, e alguns antes de 6 anos. Sob observação e tratamento médicos apropriados é possível amenizar

complicações decorrentes da doença, conseguir recuperação parcial ou até completa dos surtos e desenvolvimento de novas habilidades que auxiliem na superação de uma função. Procurar não parar as atividades normais e adaptá-las é fundamental para uma boa qualidade de vida do paciente

A fisioterapia e hidroterapia ajudam na recuperação motora, mantendo o paciente ativo e com forças nos membros inferiores, geralmente os mais afetados. Um fonoaudiólogo pode auxiliar quando há dificuldade na deglutição e na fala. Em caso de problemas digestivos, o tratamento com nutricionista também deve ser realizado. Entretanto, há uma série de tratamentos que muitos pacientes com EM procuram, embora sem eficácia comprovada para o tratamento da doença ou dos sintomas. Entre eles podemos mencionar a homeopatia, a acupuntura, dietas específicas, picadas de abelhas, entre outros. A psicoterapia em geral é indicada pelos médicos quando há não aceitação da doença pelo paciente, sintomas de depressão, alterações emocionais ou comportamentais, ameaças de suicídio.

- Aspectos psicológicos da doença:

Um dos aspectos mais assustadores da EM é a incerteza do prognóstico. Como podemos entender no artigo de Balsimelli (2006), conviver com uma gama de sintomas que podem estar ou não associados à EM, e o fantasma da incapacidade, dificulta a elaboração da doença, podendo até mesmo levar o paciente a certa destrutividade, com sentimentos de culpa, raiva e perda. O retorno para suas atividades cotidianas, para sua própria vida, amigos e família pode ser uma reconquista para o paciente recém diagnosticado. Segundo a autora, o processo de adaptação, diferente do ocorrido com doentes terminais, não segue um padrão, sendo difícil traçar um percurso pelo qual o paciente irá passar. A variabilidade dos sintomas, a velocidade com que a doença se instala, a estrutura de seu ambiente e

a forma com que lida com o stress influencia diretamente na forma em que o paciente se relaciona emocionalmente com a doença. Não há fase pré-determinada, os surtos e remissões podem levar a constantes oscilações entre sentimento de luto e de alívio. Segunda a autora do artigo, é também o constante contato com a imprevisibilidade e variedade da doença e seus sintomas que levam os pacientes a oscilações maiores de humor do que a população em geral.

A literatura médica ainda é relutante em afirmar se as alterações de humor seriam uma característica da doença ou uma decorrência. Os estudos sobre a influência dos fatores emocionais no curso da doença também são poucos. Balsimelli (2006) cita a existência de trabalhos que incluem o stress como fator precipitante de surto, embora não haja trabalhos conclusivos. Sintomas como depressão, ansiedade e euforia vem sendo gradualmente estudados, embora muitas vezes não estejam diretamente ligados a doença e causem controvérsias. A depressão, por exemplo, é segundo a autora, muito freqüente entre os pacientes com EM, embora ela cite trabalhos que especulam a relação entre a depressão e o processo de desmielinização em regiões específicas do encéfalo. A autora menciona que uma pesquisa verificou que os pacientes com EM tendem a apresentar maior grau de depressão que pacientes com lesões medulares em maior grau de incapacidade, enquanto dentro do quadro clínico da Esclerose, pacientes com lesões no córtex apresentariam mais tendência à depressão que pacientes com predominância de lesões medulares, levando assim a pensarmos que não é o grau de incapacidade que está relacionada à depressão, e sim fatores psicológicos e a possibilidade que determinadas regiões do córtex poderiam afetar o aspecto emocional do paciente. Assim como a depressão pode ser resultante do medo e da apreensão vividos pelo paciente com EM, a ansiedade é outro aspecto que surge com o diagnóstico de uma doença crônica e imprevisível.

Quanto à sensação de euforia sentida por alguns pacientes, Balsimelli (2006) explica que, neste caso, não é um sintoma emocional e sim neurológico. Diferente dos casos de Mania, o paciente não se torna hiperativo com compulsões e pensamentos acelerados. O que ocorre é um quadro irreversível e permanente, sem flutuações emocionais, em que o paciente demonstra-se permanentemente em um estado de alegria, satisfação e despreocupação que não condizem com seu estado real, levando a crer que existe aí uma dissociação entre seu conhecimento objetivo e sua resposta emocional.

Um detalhe que chama atenção é a correlação entre a EM e outros distúrbios do afeto. Embora não haja estudos conclusivos, alguns deles podem ilustrar como certas afirmações podem ser complicadas de serem feitas. Se por um lado Balsimelli (2006) afirma que embora alguns trabalhos sugiram que pacientes com EM tem maior possibilidade de terem depressão enquanto os casos de Transtorno Afetivo Bipolar seriam raros, o trabalho de Ybarra et al. (2007), por outro lado, estudou três casos de pacientes com EM que também apresentavam transtorno bipolar, concluindo, assim, que há uma possibilidade da gênese dos sintomas afetivos destes paciente estar justamente na convergência entre fatores biológico e genético.

Aspectos cognitivos do paciente de EM também vêm sendo discutidos sem consenso. Embora existam baterias de testes não específicas para EM que possam medir certos resultados quantitativos, a percepção subjetiva do paciente quanto a seu próprios sintomas e a diferença entre cada indivíduo também podem influenciar nos resultados obtidos. Segundo Balsimelli (2006) o que se sabe é que a EM não acomete funções intelectuais gerais. Entretanto, enquanto algumas funções cognitivas podem ser afetadas, outras permanecem intactas. Os exames de ressonância magnética têm demonstrado pouca correlação entre o grau de incapacidade cognitiva e os sintomas neurológicos. De forma geral, o que se pode

afirmar através da observação de pacientes é que o tempo de execução e processamento cognitivo muitas vezes torna-se mais lento, especialmente o tempo entre planejar uma ação e executá-la, ou mesmo o acesso a uma informação guardada na memória, o que poderia ser em decorrência de alterações nas camadas subcorticais, responsáveis pela mediação de processos cognitivos através de conexões importantes entre o córtex cerebral e o sistema límbico.

Como podemos observar, muitos dos aspectos emocionais dos pacientes de EM ainda precisam ser estudados. Estudos mais detalhados possibilitariam também o desenvolvimento de novos programas de reabilitação específicos para os portadores da doença. Viver pode ser um desafio para o paciente com uma doença crônica de caráter degenerativo e, especialmente no caso dos pacientes do tipo remitente-recorrente, a possibilidade de ter uma vida normal e retomar suas atividades diárias embora sob o fantasma da incapacidade física, pode constituir-se tanto em um fardo, por sentir-se desafiado a normalidade, quanto em uma possibilidade de obtenção de qualidade de vida e bem estar mental.

Para compreendermos melhor porque a retomada das atividades é tão importante no caso dos pacientes com EM, precisamos retomar o conceito de plasticidade cerebral. Lima et al.(2006) acredita que a singularidade de como cada indivíduo apresenta um curso da doença pode ser explicada por causa da neuroplasticidade e regeneração funcional. Os autores verificaram que pesquisas feitas com técnicas de neuroimagem funcional evidenciaram a reorganização cortical durante a execução de gestos em pacientes com EM, assim, embora um paciente possa apresentar uma lesão em determinada região, a sua recuperação pode se dar simultaneamente em outra área do córtex, que passará a suprir a área afetada. Esta recuperação é singular em cada indivíduo e depende de diversos fatores tanto biológicos quanto emocionais, mas sendo fundamental a estimulação neurológica

para possibilitar esta reorganização. Os autores da pesquisa explicam que diferentes pacientes apresentam potenciais distintos para recuperação funcional, sugerindo que alguns pacientes podem ter um curso relativamente benigno se apresentarem uma carga lesional cumulativa mínima que culminaria em uma ausência de incapacidades reais associadas à doença devido à própria capacidade de reorganização do cérebro. Desta forma, podemos entender a necessidade de paciente manter-se ativo e afetivamente envolvido em suas atividades cotidianas.

CAPÍTULO II

UMA EXISTÊNCIA PSICOSSOMÁTICA

A psicanálise de Winnicott

O grande rompimento entre as teorias de Freud e Winnicott encontra-se no fato de Winnicott distanciar-se do paradigma do complexo de Édipo, olhando o bebê no colo da mãe e não mais na tríade amorosa mãe-pai-criança. Diferente de Freud, Winnicott coloca o princípio do prazer e o primado da sexualidade em papéis secundários, rejeitando especialmente as pulsões de vida e morte.

Para Freud, o modelo ontológico do ser-humano é a de um aparelho psíquico regido por forças psíquicas pré determinadas por leis causais e pulsões libidinais, enquanto os sintomas são resultantes de conflito psíquico e os mecanismos de defesa, encobrindo ou substituindo a satisfação de um desejo que poderá desencadear uma psicose. Segundo Dias (2003), o adoecer psicológico para Winnicott está ligado ao próprio existir e à tarefa quase que constante de constituir-se e integrar-se. Para a constituição do si mesmo é preciso o outro e, antes da busca do prazer, existe no lactante uma urgência de viver, as necessidades instintivas são secundárias, por isso quem amadurece é o indivíduo e não sua sexualidade. Após os estágios mais primitivos do processo de amadurecimento, quando o indivíduo reconhece a existência de um não eu e encontra-se integrado, é que a vida pulsional passa a acontecer e ser significada. Na saúde, as defesas, segundo Winnicott (1963a), são organizadas contra os conflitos intoleráveis da realidade intrapsíquica, entretanto não existe rigidez no seu uso e elas podem ser substituídas caso o uso de diferentes recursos seja necessário. O indivíduo sadio pode deprimir ou enlouquecer de forma saudável e reversível, enquanto nas

psicoses a rigidez crônica pode aparentar um excesso de sanidade escondida sob as vestes do falso si-mesmo.

Nesta mudança de paradigma entre Winnicott e Freud também acabamos por nos deparar com outro sentido para o termo Trauma. Para Winnicott (1990), um trauma nasce de "uma ruptura na continuidade do ser". Um evento que muda o rumo da existência do ser, muitas vezes forçando o pulo de uma das etapas no amadurecimento e que, segundo Cotta (2002), quando ocorre antes do estágio do "eu sou", ocasiona o que Winnicott denominou de "falha no alojamento da psique no soma". Cotta identifica esta falha em parte do seu próprio material clínico em que os pacientes manifestam a falta de corpo ou a sensação de vazio. Deste modo é que se possibilitou estruturar de formas distintas o trabalho na clínica winnicottiana e na psicanálise decorrente de Freud. A doença, sob o ponto de vista winnicottiano, não é símbolo de algo que se passa com o sujeito, ela é a própria forma de existir do sujeito assim como, no decorrer do seu amadurecimento, a falha que ocorreu não é simbólica e sim é uma falha da própria experiência. Por tudo isso uma nova postura é necessária na clínica, não mais interpretativa, mas que proporcione ao paciente experiências integradoras.

Enfim, a principal razão da opção por uma abordagem winnicottiana na realização deste trabalho, deve-se ao fato de que, embora Winnicott não tenha desenvolvido uma teoria das doenças psicossomáticas, o autor erigiu toda sua obra em torno da idéia de que psique e soma precisam coexistir de forma integrada para haver saúde. Toda a teoria de Winnicott é uma teoria psicossomática, não se separa o estudo da psique do estudo do soma. Para tentarmos compreender melhor como Winnicott pode contribuir na análise do tema é preciso retomar antes alguns conceitos da sua teoria e, como ele mesmo propõe, ter em mente a totalidade do que se sabe sobre o amadurecimento emocional do indivíduo.

Não-integração, integração e desintegração.

Para Winnicott (1990), a integração do sujeito não é algo garantido, mas sim algo a ser alcançado. Para ele, essa tendência inata à integração tem fundamentação biológica, mas, para o estudo da Psicologia humana, a constituição biológica do indivíduo não é condição única e satisfatória para a integração.

O estado inicial do ser humano é o de não-integração. O bebê é, inicialmente, um ser não integrado, sem desenvolvimento emocional e sem consciência de si, de tempo ou de espaço. Winnicott (1990) menciona a dificuldade de localizar esse estado total de não integração, no qual não há sinal sequer do si mesmo ou de um conjunto de sensações e impulsos, mas o início deste conjunto já se localiza antes mesmo do nascimento. A partir de então são produzidos pequenos lampejos de integração que se intercalam com momentos de não-integração. O processo de integração desenrola-se por toda a existência de um indivíduo, mas é nos primeiros momentos de vida que os momentos de não integração são predominantes.

A integração é possibilitada tanto por fatores internos quanto por fatores externos. Fatores internos como exigências instintivas ou expressões de agressão podem contribuir para uma aglutinação momentânea do si-mesmo. Com relação aos fatores externos, Winnicott (1965r) cita que nesta fase de dependência absoluta do bebê, o cuidar físico se traduz no cuidar psicológico. Através do cuidado da mãe para com a criança, o bebê vai, com o tempo, aprendendo a cuidar de si-mesmo, assim, se o ambiente é confiável, a integração também se torna um estado mais confiável e contínuo, diminuindo a dependência do outro.

Dias (2000) explica que essa integração será mais estável entre os dois e três anos de idade e é resultado do longo processo de integração que iniciou-se com o si-mesmo primitivo lá no estágio de dependência absoluta, assim, essa personalidade integrada inclui vários aspectos do si-mesmo, entre eles o verdadeiro

si-mesmo e o falso si-mesmo e a capacidade de lidar tanto com aspectos objetivos quanto subjetivos do mundo.

A desintegração é um desfazer-se organizado da integração, freqüente na clínica psiquiátrica, associado às defesas relativas à ansiedade gerada pela integração ou não integração. O termo refere-se mais a um oposto do estado de integração do que ao estado de não-integração. A desintegração pode ser causada, por exemplo, por uma falha do ambiente, ou posteriormente gerar uma ameaça de desintegração que acarretaria no surgimento de defesas contra essa ameaça. Além disso, a desintegração também pode surgir como defesa, em decorrência da ansiedade gerada pelo estado de integração. Winnicott, segundo Dias (2003), em seus estudos, identificou uma dificuldade em compreender matemática por parte dos indivíduos não bem integrados, pois a integração é o próprio sentido de unidade, o um, sem o qual não se pode compreender a aritmética. Portanto, se por um lado a integração nos transmite a sensação de sanidade, a desintegração nos dá a sensação de enlouquecimento, a perda da unidade, um esfacelamento do si mesmo.

Winnicott (1990) refere-se à desintegração como uma defesa grosseira e caótica, pois é um estado de desordem que se opõe à ordem da integração e não permite o amadurecimento emocional. A não integração não é tida como um estado de desordem, pois não se opõe à ordem da integração, é um estado-primário. O bebê se encontra transitando entre estes estados, em momentos de não integração, integração e a ameaça de desintegração; essas sensações convergem com a própria exploração da pele, a dramatização do cuidado físico e o cuidar de si próprio trespassado pelas memórias do colo materno. Essa capacidade da criança relaxar e poder vivenciar esses momentos de não integração são fundamentais, mas a cada momento de integração torna-se mais difícil esse estado de repouso não-integrado,

indo rumo à independência, onde este estado de não-integração aparece somente na loucura ou em condições especiais conduzidas pela psicoterapia.

Segundo Winnicott (1990), a desintegração se mantém em decorrência das agonias impensáveis, provocando uma clivagem na estrutura do mundo interno e dificultando a separação ou compreensão do mundo externo. Assim, o indivíduo fica à beira de perder contato com as estruturas primitivas já estabelecidas.

Winnicott cita no decorrer de sua bibliografia uma série de casos com processos de desintegração, tanto em casos graves de psicose e esquizofrenia quanto em doenças persistentes de origem psicossomáticas. De acordo com Winnicott (1990), mesmo aqueles que parecem viver em seu corpo, podem desenvolver a idéia de existir um pouco além da pele, sendo a parte do si-mesmo não contida pelo corpo descrito como um ectoplasma, um fantasma. Períodos de não relação da psique-soma revelam a ameaça de desintegração.

Winnicott (1971d) esclarece que a integração é resultado da responsabilidade, conjunto de memórias, passado, presente e futuro, de um relacionamento. A mãe suficientemente boa é quem, durante o estado de dependência absoluta, dá condições ao bebê de tornar-se unidade através de sua relação com o bebê. Portanto, a confiança no ambiente é a confiança na mãe, então primeiro esboço de unidade para a criança. A forma ideal para mãe segurar o bebê ou dar-lhe o peito não pode ser ensinada, é um poder natural da própria mãe, trata-se do Holding, de apoiar o bebê de modo a protegê-lo dos efeitos da gravidade. Neste segurar, nada há de simbólico: o corpo do bebê é sustentado no espaço pelo corpo da mãe, de modo que o lactente possa ter a experiência de continuidade do ser e integrar-se a partir de seu próprio ritmo.

Falhas na provisão básica no período de dependência absoluta não podem ser elaboradas pela criança ou sentidas como projeção, pois à criança ainda lhe falta

estrutura de ego. O resultado destas falhas é sentido como aniquilamento do indivíduo embora, devido ao estado primitivo do amadurecimento do ego do lactante, não possam ser integradas como experiências e, mesmo quando o cuidado materno é retomado de maneira satisfatória, no futuro serão sentidas como ameaças de aniquilamento. O principal determinante de uma personalidade bem integrada e estruturada é um bom cuidado infantil, mas os impulsos e experiências instintivas também contribuem para o sucesso ou não desta integração, proporcionando certa estabilidade. De outra forma, esta integração pode não se estabelecer por inteiro acarretando em uma forma precária, defendida ou estereotipada de integração.

O papel da mãe na constituição da psique-soma.

Para Winnicott (1965r), a mãe é quem está mais apta a suprir as necessidades do bebê, pois, mesmo que outras pessoas sejam capazes de realizar tal tarefa, é ela quem fornecerá à criança um ambiente emocional simplificado e poderá garantir uma adaptação às necessidades do bebê sem ressentimentos. A mãe é preparada por um período de nove meses de gestação que a leva a um estado especial, tornando-a capaz de garantir uma simplicidade e constância no trato com o bebê. Uma profunda identificação entre mãe e bebê surge durante a fase intra-uterina, que culminará neste período de *preocupação primária materna*, a mãe volta-se especialmente para o bebê levando ao que Winnicott definiu como *mãe suficientemente boa*. O bebê, ainda no útero materno, já passa a tentar compreender a mãe, *ainda que não a perceba como distinta de si próprio*; desta forma, ele compartilha as vivências da mãe durante o período de gestação, o que posteriormente afetará sua forma de lidar com suas próprias ansiedades.

O bebê possui uma tendência inata ao amadurecimento, da motilidade, da sensibilidade e instintualidade. Mello Filho (2001) explica que na concepção de

Winnicott, no início de sua vida, o bebê vai se relacionando com o mundo através de um ego despreparado, e é a mãe que atua na tentativa de constituir ou reconstruir uma situação ambiental, mais próxima o possível da condição de quando o bebê ainda se encontrava no útero. Ao nascer, a criança funciona como algo similar a um conjunto de partes físicas e psíquicas não articuladas. É através do contato com a mãe que ele vai adquirindo a coesão que possibilitará o desenvolvimento de uma sensibilidade profunda em relação a si próprio, ampliará as fronteiras de seu universo sensível, e possibilitará o surgimento de um sentimento de coesão corporal e integração. Ou seja, o amadurecimento gradual, embora nunca findável, propiciado por certas condições do ambiente.

Holding, Handling e Apresentação do Objeto.

A possibilidade de integração e da criança retornar a um estado de não-integração não ameaçador é facilitada pela segurança que a mãe proporciona à criança, principalmente através do Holding e do Handling. O Holding, cuja tradução da palavra é Sustentação, dá-se literalmente no movimento da mãe segurar fisicamente a criança, o que proporciona não apenas um contato corporal de onde emergirá a noção de duas pessoas separadas, mas também a sensação de uma fronteira corporal que levará a criança a sentir-se distinta do mundo. O Holding ainda proporciona segurança psíquica, fornecendo apoio egóico durante a fase de dependência absoluta, antes da integração do ego da criança, e é necessário até a autonomia do bebê.

O Handling, cuja tradução é Manejo, dá-se no cuidado com o ambiente e o corpo do bebê, através da higiene, do conforto, da alimentação e outras tarefas que envolvem a sua rotina, deve proporcionar um ambiente suficientemente bom e seguro para auxiliar neste processo de integração, no surgimento do Eu Sou e no

amadurecimento do ego, fornecendo as bases para como serão vivenciadas posteriormente as experiências da criança no mundo. Assim, podemos notar porque Winnicott refere-se ao Cuidar não como um ato de amor, mas como significante do próprio amor e por isso, o Holding e o Handling, no trabalho de Winnicott, são integradores da psique-soma e transcendem as constantes menções dissociadas ao corpo e ao psíquico.

A Apresentação do Objeto é importante na constituição da criatividade primária. A disponibilidade da mãe em atender o bebê, quase que prontamente, com o oferecimento do seio, é possibilitada pelo estado de devoção que ela se encontra neste período, apresentando à criança, assim, uma realidade que ela possa se apropriar, de forma que o bebê sinta que tenha criado o próprio objeto e, assim, sua realidade.

À medida que a mãe apresenta o seio à criança, respeitando o ritmo do bebê a cada mamada, a sensação de onipotência e controle subjetivo desse objeto se fortalece. É essa sensação de onipotência que possibilitará, no futuro, que a criança sinta que pode encontrar no mundo o objeto de sua necessidade e sentir satisfação.

O ambiente no processo de maturação

Quanto mais retrocedermos no amadurecimento do sujeito, maior será a importância do ambiente. Nos estágios mais iniciais, o bebê está fundido com seu ambiente. Nesta fase, Winnicott (1945d) faz analogia do bebê no útero e da gema dentro do ovo, onde a mãe é a casca que coloca a criança em contato com o mundo, como se a mãe desse seguimento às camadas do bebê ao mesmo tempo em que exerce a função de ser seu ambiente. Acabada a gestação, a criança no mundo ainda é tomada por esta sensação, especialmente quando a mãe lhe segura em seus braços. A distinção entre a realidade externa e a realidade psíquica interna

levará um certo tempo para se estabelecer de modo definitivo, muda-se a forma de relação do sujeito com o ambiente, mas não se elimina a relação com o ambiente, ao menos na saúde.

Na etapa mais primitiva, o ambiente precisa fornecer uma adaptação física adequada para um amadurecimento saudável e cabe a mãe esta tarefa. O ambiente nos primórdios da vida é a mãe, que irá facilitar ou não sua evolução. Segundo Celeri (2004), o ambiente não determina o sentido do crescimento do bebê, mas possibilita o processo de maturação, ou seja, a evolução do ego e seus mecanismos de defesa, o amadurecimento do si mesmo e da história do id. A mãe suficientemente boa não apenas permite a continuidade do ser e da sua experiência de onipotência, dando ao bebê a ilusão de que criou o mundo, invadindo pouco o seu repouso e permitindo movimentos espontâneos, cumprindo as funções ambientais fundamentais ao processo de amadurecimento da criança. Essas funções, como já foi dito no item anterior, são: o Holding, o Handling e a apresentação do objeto.

Por outro lado, a mãe também deve se permitir a expressão do ódio natural contra a criança, porém deve ser capaz de conter este ódio sem necessitar vingarse. As experiências do bebê passam a ser catalogadas, classificadas e relacionadas ao tempo. Gradualmente a adaptação total da mãe não é mais necessária e ela se ocupará com outras coisas além de seu bebê, acontecendo então, a desadaptação.

O alojamento da psique no soma

A tarefa mais complexa durante nosso amadurecimento, como dito anteriormente, é a de integração. Ao nascer, segundo Dias (2000), emergimos de um estado de solidão essencial, onde não há um eu constituído, tampouco uma relação com o outro e a psique está se constituindo. Na saúde, ela se constituirá

integrada ao soma. No entender de Winnicott (1954a), o alojamento da psique no soma é reativo ao ambiente e acontece em conjunto com a tarefa de integração no tempo e no espaço, que será uma das tarefas que possibilitará o estado do eu-sou unitário. São estes os aspectos iniciais do processo de amadurecimento e personalização do indivíduo.

Nesta primeira fase, o bebê não reconhece a existência de um mundo anterior a ele, tão pouco a existência de um mundo que não seja ele e lhe pareça criado por ele. Através da apresentação dos objetos realizada pela mãe, respeitando o ritmo da criança, é que o tempo e o espaço vão sendo internalizados. Esta experiência de onipotência está ligada à construção do objeto subjetivo e ao controle onipotente sobre ele, uma vez que a mãe, neste estágio de dependência absoluta, está totalmente adaptada às necessidades da criança e permite o surgimento da função imaginativa. Para Winnicott (1965r), quando as experiências passam a ser elaboradas imaginativamente elas passam a memórias da experiência de si mesmo e integram-se à história do sujeito, culminando no processo de individuação⁵.

A elaboração imaginativa da função corporal tem início através da sustentação e do manejo. Através do ambiente e do corpo do outro, a criança tem a oportunidade de perceber suas próprias partes e iniciar o reconhecimento do contorno de seu próprio corpo. Segundo Santos (1999), para Winnicott, sem um manejo ativo e adaptativo suficientemente bom, dificulta-se, ou torna-se até mesmo impossível, o estabelecimento de uma unidade psique-soma. Por meio da elaboração imaginativa de função, desenvolvida com o contato materno, é que a psique irá se alojar no corpo. A existência do próprio corpo, ainda sem sentido, passa gradativamente a ser notada pela criança, que vai tomando consciência de si.

⁵ Para mais informações ver DIAS (2002) pág 93-97

A pele é o primeiro sinal de corpo físico a ser percebido, iniciando seu contato com o mundo através das roupas, da fralda, das sensações térmicas e do contato com o corpo materno. Nesta fase existe o bebê, que é o espaço percebido e o mundo externo com o qual ele busca interagir. A pele é então a membrana limite que permite essa diferenciação, assim como ainda no útero era a mãe que exercia essa função de contato.

Eu sou

No início do processo de amadurecimento, quando a não-integração é quase uma totalidade dos momentos da criança, não existe lugar de onde o bebê olhar, ou seja, não existe o Eu tão pouco o não-Eu. Neste momento, o bebê encontra-se fundido ao ambiente, sendo a mãe a responsável por lhe propiciar um ego auxiliar. Segundo Winnicott, é apenas quando o bebê chega ao estado de dependência relativa, através da desilusão gradual de sua onipotência, em que a mãe passa a falhar e sair do estado de preocupação materna primária, que o bebê passará a reconhecer-se gradualmente como um ser separado do objeto, que ocupa um espaço distinto. É nesta fase, quando a criança tem por volta de um ano e meio de idade que, segundo Winnicott (1954a), a primeira idéia de Eu irá aparecer como a sensação de uma membrana limitadora, possibilitando o reconhecimento da existência de um interior e um exterior e, em consequência, a possibilidade da construção de um mundo interno.

É pelo surgimento do *Eu* que é possível a relação com o *Não-eu*, que é o mundo compartilhado e externo. Essa vivência possibilitará os sentimentos de responsabilidade pela experiência instintiva e conteúdos do Eu, e um sentimento de independência em relação ao que está fora. No entanto, as relações entre o *Eu* e o *não eu*, sujeito e mundo, não possuem fronteiras rígidas, cada ser cria e é criado no

mundo, desenvolvendo um jogo imaginativo constante. Assim o *Eu sou* torna-se possível. O *Eu sou* permite que a criança delimite seu corpo e sintá-se real, encontrando o caminho próprio de existir, relacionar-se consigo mesma e com os outros. Laurentiis (2008) explica que segundo Winnicott, é quando o *Eu sou* torna-se possível que há possibilidade de uma existência psicossomática de forma que as vivências das funções corpóreas passam a ser experienciadas significativamente, reforçando as experiências emocionais e por consequência a qualidade do alojamento no corpo.

Laurentiis (2008) nos lembra que para Winnicott é justamente com o reconhecimento do *Eu sou* que o indivíduo pode sentir-se exposto, em que seus impulsos podem ter sentidos carregados de agressividade e destrutividade. A pressão por estas experiências destruidoras e a personalização precária, sem que a criança ainda tenha condições de erguer suas defesas de forma saudável, seriam elementos que levariam à cisão no ego do paciente ou a dissociações múltiplas, que seriam a sustentação da doença psicossomática.

Falhas do alojamento da psique no corpo

Winnicott (1966d) lista uma série de agonias primitivas e suas defesas, entre elas, ao pensarmos os distúrbios psicossomáticos, é importante ressaltarmos a perda do conluio psicossomático, e uma de suas defesas, a despersonalização, que analisaremos mais adiante.

A enfermidade psicótica também pode ser analisada como uma defesa e não como um colapso, sendo geralmente bem sucedida, exceto quando o ambiente não apenas falhou como foi atormentador. Cotta (2003) explica que para Winnicott as falhas no alojamento da psique no soma referem-se a um distúrbio de ordem psicótica, de etiologia traumática ocorrida antes do indivíduo ter atingido o estado do

“eu sou”, chegando à diferenciação entre uma realidade externa e uma realidade interna e relacionando-se com o outro como uma pessoa separada e externa ao “Eu”.

A personalização do indivíduo é o próprio alojamento da psique no corpo, assim as falhas do alojamento são também falhas no processo de integração impossibilitando a personalização e a formação da unidade psique-soma. Desta forma, a falha do alojamento da psique no corpo, pode gerar desde ansiedades posteriores relativas às agonias impensáveis ou experienciadas, até a total descorporificação ou cisão da psique-soma, como veremos mais a diante.

Agonias impensáveis

Segundo Santos (1999), na teoria winnicottiana, as agonias são definidas como impensáveis porque, por um lado “não são definíveis em termos de relações pulsionais de objetos baseadas em relações representacionais de objetos como percepção, fantasia ou simbolização” e, por outro, estamos nos referindo a uma fase pré-verbal e pré-psíquica, antes que se possa atribuir significados. Ou seja, as agonias impensáveis constituem traumas localizados nos estágios iniciais dos processos de amadurecimento cujas defesas do indivíduo trataram de organizar a fim de evitar que estes traumas voltassem. Falaremos a respeito da natureza do trauma mais adiante.

A função da psique é elaborar imaginativamente as funções corporais. Sem esta função amadurecida, ao vivenciar uma intrusão da mãe, o ambiente se rompe e o bebê é atingido por uma “agonia impensável”, proveniente de uma ameaça de aniquilamento do si mesmo, gerando um sofrimento de qualidade e intensidade psicóticas. Winnicott (1965m) explica que, neste momento, a defesa da criança é cindir o psique-soma, dando início a um processo de mentalização precoce. Desta

forma, o bebê sente que pode tomar conta do ambiente e, ao invés de ser cuidado, passa a ser o cuidador, situação que é uma das origens do falso-si mesmo e que podemos nos indagar também se não poderia levar ainda a uma disponibilidade para os transtornos psicossomáticos⁶.

O sujeito descorporificado

Quando a cisão da unidade psique-soma ocorre nos estágios iniciais do amadurecimento, ela é considerada da ordem da psicose. Esta cisão, para Winnicott (1953a), interrompe a continuidade do ser, pois o bebê ainda não está completo. Deste modo, a psique vaga sem um corpo e o corpo sem uma psique, assim o indivíduo não consegue ser dono de suas próprias vivências.

Para Winnicott (1989vm), a natureza humana não é uma questão de corpo e mente e sim, de psique e soma inter-relacionados. A parte psíquica da pessoa precisa ocupar-se com os relacionamentos tanto dentro do corpo quanto fora dele e os mantidos com o mundo externo. Assim, dá-se a elaboração imaginativa das funções corporais e do acúmulo de memórias das experiências vividas. A psique liga o passado ao presente e às expectativas futuras, dando sentido ao sentimento do eu e à sensação de que dentro do corpo existe um indivíduo. O sujeito descorporificado, que tem sua psique a vagar fora do corpo, não consegue se relacionar com a realidade externa porque não tem a percepção do que pertence a si ou ao mundo, torna-se um ser sem fronteiras, impossibilitado de elaborar imaginativamente suas funções corporais, por vezes gerando situações somáticas

⁶ Embora o DSM e o CID-10 reconheçam uma série de doenças que podem ser citadas como transtornos psicossomáticos, como por exemplo, fibromialgia, lúpus, artrite reumatóide, dispepsia e artrite reumatóide, entre outras, a medicina vem reconhecendo dia a dia a evidente relevância de fatores psicológicos na etiologia de um grande número de transtornos. Desta forma Balone (2009), acredita numa mudança do que hoje se chama de Transtornos Psicossomáticos caminhando para uma tentativa de compreensão das alterações que os aspectos emocionais possam causar sobre o sujeito, desencadeando ou agravando males físicos.

irreversíveis e persistentes, ou chegando a uma psicose grave, na qual se torna impossível distinguir entre real e imaginário.

Medo do colapso

No contexto geral, Winnicott (1974) utiliza a palavra colapso para descrever o fracasso de uma organização de defesa. Esse colapso refere-se ao impensável estado das coisas relativas ao estado do qual qualquer ser humano temeria se aproximar novamente. Winnicott trata especialmente de estudar o Colapso nos fenômenos de caráter mais psicóticos, pois é lá que notamos com clareza o colapso do estabelecimento do si mesmo. O próprio ego organiza suas defesas contra o colapso de sua própria organização. O ego não pode se precaver ou se defender da falha ambiental e, por este motivo, toma para si a tarefa de se desintegrar como forma de manter algum resquício da experiência onipotente. Este é um caminho inverso ao processo de amadurecimento, pois o medo do colapso remete ao medo de um colapso que já foi experienciado.

O medo do colapso tem relação com experiências passadas do indivíduo relativas a seu meio ambiente. Quando, durante a fase de dependência absoluta, a mãe e o ambiente facilitador não exercem adequadamente sua função, deixando de prover a criança com uma função de ego auxiliar, a criança fica à mercê das agonias primitivas (retorno a um estado não integrado, cair para sempre, fracasso da personalização, perda do senso real, perda da capacidade de se relacionar com objetos). Assim, o medo do colapso é o medo dessa agonia original, a qual provocou estas defesas.

Para Winnicott, esse medo é inconsciente, mas não o inconsciente referido por Freud, em que nas questões somáticas e fisiológicas, o conteúdo ficaria para

sempre reprimido. O que Winnicott quer dizer, segundo Loparic (1996), é que não se trata deste inconsciente reprimido, e sim algo que está inconsciente porque a integração do ego, imaturo demais, não foi capaz de abranger. Essa experiência original, agora inconsciente, teria que sofrer uma espécie de atualização e o sujeito passa a buscar essa experiência no futuro, este movimento trata-se de um colapso que não pode ser integrado no rol das experiências do ego.

O indivíduo que sofre com o medo do colapso, tenderia a tornar-se o cuidador de si-mesmo, pois não confia no ambiente, e tem extrema dificuldade numa relação de dependência. Diferente do que ocorre em um amadurecimento saudável - no qual a mãe, bem como um ambiente facilitador, forneceram os cuidados necessários a fim de possibilitar que o indivíduo progredisse da dependência absoluta para a dependência relativa e então rumo à independência- podemos questionar se a falha que ocorreu tão no início do amadurecimento não levaria o indivíduo à realização de uma integração precária e precoce no intuito de cuidar de si mesmo. Na clínica, para Winnicott (1963a), quando se estabelece uma dependência do paciente com o terapeuta, a atenção do analista deve estar redobrada, pois qualquer falha nesta relação poderia desencadear o medo do colapso e uma nova reestruturação das defesas ainda mais rígidas.

Winnicott e a psicossomática

Em um breve estudo sobre o tema, Winnicott (1966d) rejeita o termo *psicossomática* como é escrito na língua inglesa, *pshyco-somatic disorder*, por separar com um hífen, logo de antemão, a psique do soma. Assim, o termo serviria para designar certos estados clínicos, embora divida o ser em dois aspectos desconexos. De qualquer forma, não há termo que o substitua adequadamente. De fato, no transtorno psicossomático, estes dois aspectos estariam cindidos e seriam

decorrentes de uma dissociação múltipla ou cisão persistente do ego. O que acaba sendo fragmentado nestes casos, e onde se dirige a principal crítica de Winnicott, é ao tratamento do paciente psicossomático, que acaba sendo tão fragmentado quanto o próprio paciente, suportando ou até mesmo fortalecendo estas características cindidas.

Antes de pensarmos em um tratamento para uma doença psicossomática é necessário questionarmos se podemos classificar estes transtornos em psicose ou em psicose. Muitas vezes, um analista trata uma doença psicótica como uma psicose, e vice-versa. O tratamento das psicoses em muito difere do tratamento das psicoses, o próprio Freud sentia que a análise tradicional não servia para os pacientes psicóticos. Sob o paradigma winnicottiano e com as possibilidades de um tratamento voltado para o manejo de *setting*, o tratamento das psicoses tomou um novo rumo, muito mais voltado para a relação de transferência e confiança com o paciente do que da análise de conteúdo, como veremos mais adiante. Embora o próprio Winnicott não se sinta confortável em classificar as doenças psicossomáticas como psicoses, também não podemos classificá-las como psicoses.

Para Winnicott (1966d), o termo transtorno mental não é suficiente para abranger os diferentes aspectos da doença psicossomática. No centro da complexa questão está a cisão patológica da provisão ambiental feita pelo indivíduo, separando o cuidado do soma do cuidado da psique. A doença psicossomática funciona como defesa e, por isso mesmo, torna-se tão difícil uma cura, pois ao mesmo tempo em que é uma doença, é uma defesa que fornece sustentação ao ego e está lá a serviço de algo. Mas a serviço de que? Esta é uma pergunta importante de se fazer para tentarmos entender um transtorno psicossomático. Qual seria o positivo do negativo de que fala Winnicott? Por que o mal estar físico e a doença

passam a ser necessários? Por que é tão difícil tratar o doente psicossomático? O próprio Winnicott ressalta que as forças que atuam no funcionamento da doença psicossomática são extremamente fortes e que os médicos, por ocasião de sua própria formação fundamentada em uma visão fragmentada do ser humano, têm dificuldade de compreender e trabalhar certos aspectos cindidos do paciente.

Uma das questões que há de se lembrar ao tentar compreender o paciente com transtorno psicossomático, segundo Winnicott (1989h), é o fato de que muitos dos sintomas que aparecem desconexos costumam ter origens muito próximas.

O termo psicose designaria uma doença relacionada a uma personalidade intacta, sem cisão, de um paciente que teve um amadurecimento inicial relativamente sadio, que possibilitou a esse indivíduo integrar seus sofrimentos e não sentir o ambiente externo como ameaça e sendo capaz de suportar as ansiedades relativas à integração e ao Eu Sou. Winnicott (1989vi) explica que nas psicoses, as questões são relativas ao indivíduo, não havendo predomínio de componentes externos. No extremo oposto, as doenças psicóticas seriam decorrentes justamente das falhas nos períodos iniciais, no qual as ameaças aparecem constantemente como algo externo ao indivíduo, havendo formas precárias de integração da psique-soma ou estereotipadas. No entanto, o próprio Winnicott parece reticente em classificar os transtornos psicossomáticos no hall das psicoses, pois embora a integração seja precária e o elemento seja algo impessoal, a doença é apropriada pelo indivíduo e constitui-se na prova cabal de que ele habita e necessita daquele corpo para existir. Podemos observar então, diferentemente das psicoses, um mecanismo de luta para existir, para sentir-se coeso, e assim como na tendência anti-social, Winnicott lembra, há a esperança de um ambiente que forneça sustentação e seja confiável para possibilitar a dependência. Entretanto, a falha do ambiente no transtorno psicossomático parece ser em um momento muito anterior à

falha na tendência anti-social. Podemos entender que é justamente o contrário que ocorre, na tendência anti-social a falha do ambiente não é reparada; enquanto na psicossomática, a mãe retomaria o cuidado deixando ali um trauma. Mas em ambos os casos, existe o reconhecimento de que o ambiente tem algo a oferecer, diferente das psicoses, no qual o ambiente é ameaçador e não há esperança.

Realmente há uma dificuldade reconhecida por Winnicott (1984a), para encontrarmos uma posição intermediária para quando a provisão ambiental é inicialmente boa mas acaba inevitavelmente por falhar, embora os cuidados venham a ser retomados posteriormente evitando sucessivas intrusões do ambiente, que poderiam desencadear uma psicose grave. Mesmo que o ego tenha estabelecido uma relativa organização, ainda era cedo demais para sentir-se independente, ambiente externo e interno ainda não haviam sido delimitados. Neste ponto, Winnicott acredita que se situaria a tendência anti-social, e não mais a psicose, tão pouco uma psiconeurose. A falha que levaria a cabo o transtorno psicossomático estaria ainda antes deste momento, mas a retomada do cuidado materno propiciaria uma retomada do amadurecimento e do processo de integração. De acordo com Winnicott (1989d), é nos primeiros meses de vida que a existência psicossomática vai se estabelecendo, e um trauma neste momento pode causar o que ele chama de uma *“interrupção na continuidade da existência”*. A mãe sadia, no entanto, não deixa de prover cuidados ao filho, mas silenciosamente o rumo do amadurecimento pode ter se alterado no sentido de uma integração precária. Podemos classificar o resultado desta falha como uma psicose? Ou seria um componente psicótico que auxiliaria nesta integração?

O próprio Winnicott (1965h) menciona encontrar elementos psicóticos em seus pacientes neuróticos, da mesma forma um paciente borderline pode parecer extremamente saudável e organizado, como forma de tentar encobrir o colapso. O

que devemos considerar para classificar o transtorno psicossomático em psicose é que Winnicott tem uma visão diferente de grande parte dos psiquiatras e psicanalistas do século XX sobre o que é psicose, especialmente porque ele acredita no tratamento das psicoses. As defesas primitivas nos psicóticos foram organizadas muito precocemente, pois nesta fase o lactante não teria que usar de tais defesas, uma vez que o ambiente seria responsável pela boa provisão ambiental. Estas falhas ocorreram antes mesmo que elas pudessem ter sido percebidas como falhas, sendo sentidas como ameaça de desintegração do próprio indivíduo. A gênese da psicose está no grau de dependência do lactante e não simplesmente localizada na vida pré-genital.

Assim, a classificação das psicoses deveria ocorrer de acordo com os graus de distorção do ambiente, levando em consideração 3 eixos: a hereditariedade, o ambiente que falha e o ambiente em que o indivíduo está se desenvolvendo, sendo que a doença psicótica seria etiológicamente secundária à falha ambiental. Desta forma, poderíamos levantar a hipótese de situar a psicossomática no hall das psicoses, se compreendêssemos que há elementos psicóticos na enfermidade, tal como a cisão, decorrente de uma falha no ambiente em que a criança não tinha condições de suportá-la. Mas, sendo rapidamente restituída do cuidado que necessitava, podemos nos questionar se a criança não retomaria seu amadurecimento, entretanto, encontrando na cisão uma forma de defesa a ser usada, como veremos melhor mais a diante.

Os pacientes somáticos de Winnicott

Embora Winnicott não tenha elaborado uma teoria a respeito das doenças psicossomáticas, o autor ponderou a respeito do tema em certos textos, atendendo no decorrer da sua vida uma série de pacientes com diversos problemas de saúde

que o autor viria a considerar transtornos psicossomáticos. Entretanto, para Winnicott (1966d), nem todos os casos em que a fisiologia se relaciona à emoção são casos psicossomáticos. Ele cita a urgência urinária como exemplo, que poderia ser causada por uma forte emoção, mas não seria um caso de uma doença psicossomática. Por outro lado, muitos transtornos psicossomáticos inicialmente não aparentam ter relação com a história do paciente, justamente porque a cisão é característica tanto da doença quanto da forma que o paciente a vive.

Em um de seus breves estudos de caso, Winnicott (1966d) observa as cisões características do transtorno psicossomático ao relatar a história de uma paciente adulta que, além do analista, utilizava-se de uma vasta gama de tratamentos: de médicos a massagistas, bem como o auxílio de seu cabeleireiro, um vidente e o acolhimento de um pastor, dependendo de uma série de pessoas no decorrer de sua vida. A dissociação múltipla de sua personalidade, na verdade, era uma defesa contra a fusão com a mãe, que lhe dava a sensação de perder a identidade.

A questão da cisão aparece novamente de forma diferente ao tratar o caso de uma criança com colite, em que Winnicott (1966d) faz uma interessante associação entre a colite e a cisão pois, neste caso, era relativa às ansiedades da mãe que levava a criança a sofrer. Sabe-se que a mãe, quando tinha a idade que o filho apresentava então, recusava-se a ir à escola. Da mesma forma, a colite impedia que a criança freqüentasse as aulas. No decorrer dos atendimentos, Winnicott toma conhecimento de que a criança era constantemente levada a diferentes médicos, a outro psicanalista e até mesmo a um hipnotizador. Winnicott afastou-se do caso quando a criança fez a retirada do colón, entretanto reconhece que seu erro, bem como o de toda a equipe multidisciplinar, foi tentar tratar a criança quando o problema era a mãe. A criança estava respondendo igualmente à cisão essencial da mãe, de forma que agora ela podia sentir-se sadia porque seu filho assim não o era.

Winnicott não desconsidera que algumas enfermidades crônicas sejam biologicamente determinadas, entretanto, observando atentamente cada caso, podemos compreender a aproximação que o autor faz entre as patologias. Ao analisar o caso de uma moça com uma doença crônica de pele, Winnicott (1970b) faz uma referência à função da pele no corpo humano, que seria o limite entre o mundo e o que chamamos de ser humano. Essa membrana delimitadora tem outras funções no aspecto social que não apenas manter os órgãos internos no lugar. É através da existência dela que constituímos a idéia de que há uma personalidade abrigada dentro do corpo. Assim, podemos pensar que as doenças crônicas de pele estariam relacionadas à ameaça de despersonalização, à perda das fronteiras somáticas, à falta de sustentação e à ansiedade relativa à integração. No caso da paciente, ela própria, no decorrer da análise, chega à conclusão que não apenas as coceiras que sentia era uma forma de manter-se em seu corpo, como outras tantas manifestações tinham este intuito em sua origem. A paciente mantinha-se em constante atividade de forma que estivesse sempre consciente de seu corpo, mesmo que isso implicasse em sentir dor ou desconforto. Neste caso, o reconhecimento do uso que faz da doença parte da própria paciente e, portanto, constitui-se em uma experiência integradora.

No caso de uma paciente anoréxica de dez anos, que fora tratada por uma equipe multidisciplinar, Winnicott (1966d) conta que a acompanhara por anos ouvindo relatos de como ela sentia bordas de aço e dores em seu estômago. A paciente levou anos até que pudesse relatar uma dor de cabeça, deslocando seu sintoma da barriga para a cabeça e transformando sua doença em algo de conteúdo mental. Ao alterar a natureza de seu transtorno, o trabalho com Winnicott tornou-se de psicossomática a uma análise relacionada a seu amadurecimento emocional, sendo que agora ele poderia discutir com ela sobre a natureza de sua fantasia a

respeito do que se passava em seu interior. Winnicott preconiza que, ao fazer análise de um caso psicossomático, o médico deve tomar cuidado para não realizar “*uma explicação rígida e compulsiva da teoria médica com base na percepção da realidade objetiva*”, pois a estrutura de defesa psicossomática é muito mais complexa e cindida do que direta e objetiva. Este trabalho mental não seria uma experiência integradora.

Como podemos perceber, a singularidade de cada caso e cada tratamento na psicossomática é um desafio. O próprio Winnicott reafirma não haver área do amadurecimento da personalidade que deva ser deixada de fora em um estudo de um transtorno psicossomático. É preciso estar atento para reconhecer a correlação entre os sintomas e suas defesas. Winnicott (1989vm) considera que uma forte tendência anti-social pode surgir como simples enurese, a hipertensão crônica poderia estar relacionada a um estado psiconeurótico de forte ansiedade ou a um fator traumático de longa duração. Pelo olhar da medicina, estes não seriam exemplos de transtornos psicossomáticos, mas o que os caracteriza de tal forma é como o seu agrupamento surge em pacientes com fortes necessidades de estarem resguardados por médicos e especialistas, propiciando um sistema altamente organizado e rígido de defesa, até mesmo em relação à ansiedade que a integração e a unidade podem trazer. Estes pacientes precisam do aval e da segurança de seus médicos para continuarem cindidos e simultaneamente coesos em origens distantes e desconhecidas, quase como se a doença se tornasse uma identidade.

É justamente por ser uma defesa altamente estruturada que o transtorno psicossomático é rígido, mas também por este motivo Winnicott (1966d) o enxerga como um aspecto positivo do negativo. Apesar da cisão presente no transtorno psicossomático, e exatamente porque é psicossomático, é que podemos entender que houve certas conquistas no sentido da personalização e do amadurecimento.

Para Winnicott, é o sentido do “Eu” e do “Eu sou” que está alterado pela dissociação psicossomática. Explica Winnicott (1989a, pg.89):

A cisão entre a psique e o soma é um fenômeno regressivo que emprega resíduos arcaicos no estabelecimento de uma organização de defesa. Em contraste a tendência no sentido da integração psicossomática faz parte do movimento para frente no processo do amadurecimento. A cisão é aqui representante da repressão, que constitui o termo apropriado em uma organização mais sofisticada.

Assim, podemos entender que a doença decorrente da cisão seria uma defesa primitiva para a tentativa de uma preservação precária de uma unidade unitária que, segundo Winnicott (1966d), seria decorrente de um fracasso materno em um estado primário não-integrado, deixando o lactante sem elementos primordiais para o funcionamento dos processos maturacionais justamente na fase da dependência. Desta forma, a “*integração psicossomática e a conquista da morada da psique no soma*”, constituindo a experiência de uma unidade psicossomática, ficariam prejudicadas. Diferente do bebê sadio, que se apoiaria no amadurecimento do “Eu sou” fortalecendo simultaneamente o seu ego e a apropriação do seu corpo e do seu funcionamento, o lactante que experienciou o fracasso materno, no que concerne ao apoio ao ego, pode sentir uma constante ameaça de despersonalização. A defesa então constituiria na retirada do *Eu sou* para uma forma especial de cisão intelectual, um entendimento quase que mental de si próprio que levaria ao adoecer psicossomático como forma de não perder o conluio psique-soma. É aqui, essencialmente, que o transtorno psicossomático se diferencia das demais psicoses, pois há uma tentativa de manter o contato com o soma, a busca de um eu unitário e certo entendimento de que a psique é constituída e mantida com base em um funcionamento somático. Por estes fatores, há de se ter extremo cuidado ao tratar os sintomas nos pacientes psicossomáticos,

pois eles podem estar correlacionados a uma ameaça grave de desintegração ou despersonalização.

Possibilidades de tratamento através da clínica winnicottiana

Considerando o que discutimos até então, lembremos que o início do amadurecimento é muito mais básico e estrutural do que os significados das pulsões e dos instintos. O bebê, neste momento, encontra-se fundido com a mãe e a constituição do si-mesmo depende de uma identificação primária da mãe com o filho. Essa identificação é que permitirá o surgimento da possibilidade de significados, o início de um contorno do corpo da criança e o alojamento da psique. Desta forma, de acordo com Dias (2000), a psicose não é para Winnicott uma anomalia decorrente do desequilíbrio das pulsões, e sim, uma falha da integração decorrente da adaptação do bebê a um ambiente que não cumpria sua função de forma adequada. Winnicott vê no setting terapêutico a possibilidade de refazer este caminho, tentando construir ou resgatar o fio que se perdeu na teia da vida, como discutiremos brevemente, em algumas idéias sobre a clínica winnicotianna.

O setting analítico é um instrumento importante para que o paciente retome seu caminho no infinito processo de integração. É o lugar que pode propiciar o amadurecimento do eu e não apenas o lugar para traduzir o inconsciente. Especialmente no caso dos pacientes psicóticos, a análise deveria se voltar cada vez menos sobre o material e mais sobre a forma como o paciente vive o setting. Assim, para Winnicott (1989m), o setting constitui uma experiência muda e silenciosa cuja estabilidade evoca sua própria interpretação, de forma que a comunicação é possibilitada e facilitada por muitos outros fatores além da linguagem falada. É algo que absorve essencialmente o não verbal, como na relação mãe-bebê e na transferência terapeuta-paciente. Segundo Winnicott (1989m), a interpretação

do inconsciente não é o principal, uma interpretação que não funciona significa freqüentemente que a usamos em momento e maneira inadequada, a interpretação precoce favoreceria a doutrinação do paciente e o risco de submissão.

O setting é construído pelo paciente em conjunto com o terapeuta. Assim como nas origens do nosso amadurecimento, o ambiente deve ser seguro para que o paciente sinta-se seguro e confiante e, junto ao analista, esteja livre para transitar pelos estados de integração ou relaxamento. O paciente mergulhado em pensamento, longe da tarefa de realizar associações livres ou buscar sentido em interpretações provenientes do terapeuta, conseguiria ser criativo num estado de relaxamento das defesas, livre das ansiedades relativas à integração, tendo condições de entrar no estado necessário para ser criativo e constituir continuamente um si mesmo. Desta forma, segundo Winnicott (1971a), o próprio terapeuta deve estar aberto e permitir-se brincar junto ao paciente, não procurando oferecer um significado a cada fala dele.

Segundo Hisada (2000), o setting analítico é um lugar que proporciona o amadurecimento, e seu manuseio possibilita estabilidade e previsibilidade. A regularidade das sessões também é importante para que cada paciente estabeleça o seu ritmo e desenvolva seu próprio sentido de tempo. Estes detalhes permitirão a construção de uma forma de relação específica e característica a cada paciente, sem que ele se sinta invadido pelo analista e descobrindo o ambiente analítico gradualmente. Assim, o setting analítico é um instrumento para que o paciente possa encontrar as funções que lhe possibilitarão o amadurecimento, e só pode e deve ser analisado dentro do contexto do próprio setting, onde atuam a transferência e a contra transferência.

Embora Winnicott (1963c) preze pelo manejo de setting, ele reconhece que há momentos em que o analista precisa dizer ao paciente claramente que o colapso

que ele teme já ocorreu, mesmo que em silêncio pergunte a si próprio porque aquele paciente insiste em temer algo que já aconteceu. A compreensão desta situação é importante para a atualização desta experiência de forma que o paciente possa situá-la no hall das experiências vividas. O analista também falha à medida que não pode dar ao seu paciente tudo que lhe é solicitado, e a sobrevivência de ambos permite que o paciente possa reviver as ansiedades do passado agora em um ambiente seguro, facilitador.

É importante ressaltarmos que, de acordo com Silva Jr. (1996), existem dois tipos manejos de setting elaborados por Winnicott: primeiro, a criação de um setting seguro onde a possibilidade de trabalho viria da crença do analista em seu paciente e providenciado para suprir o paciente com aquilo que ele deseja; e segundo, o manejo que só pode ser proporcionado pelo próprio ambiente social e familiar do paciente. O manejo do setting analítico depende do grau de integração psíquica atingido pelo indivíduo, a capacidade psíquica do paciente de utilizar o setting e a possibilidade do analista de suportar suas ansiedades e tentativas de organizar o material do paciente. Assim, o terapeuta pode auxiliar o paciente a encontrar e recriar sua loucura de forma segura e suportável. O autor afirma que a tarefa do analista não é visar a “cura” e sim possibilitar o surgimento de condições básicas de saúde.

Possibilidades de integração através do setting terapêutico

Na prática psicoterapêutica, o terapeuta pode buscar despertar este estado relaxado de não-integração do paciente, responsabilizando-se pela organização das defesas. Segundo Winnicott (1971b), o terapeuta deve compreender bem o funcionamento da integração, para que possa, eventualmente, colocar-se entre o paciente e mundo externo, de forma similar à mãe, que se coloca entre o bebê e o

mundo externo, oferecendo nova possibilidade de o indivíduo desenvolver um impulso verdadeiro não baseado numa ansiedade. Winnicott (1988) menciona a idéia freqüente de um fantasma derivado dessa não vinculação entre psique e soma, que seria indício da precariedade desta coexistência findando na despersonalização.

A ansiedade do terapeuta, que transparece na necessidade de interpretar todas as falas do paciente, em atribuir significado ou buscar “progressos” na terapia, pode gerar no paciente a incapacidade de relaxamento, decorrente de uma nova falha do ambiente que poderia acarretar tanto em novas ansiedades como no reforço de um falso si-mesmo. Para Winnicott (1971a), o processo de criatividade pode ser separado em três etapas: primeiramente, é necessário um relaxamento em condição de confiança baseada na experiência (no caso da clínica, proporcionada pelo terapeuta); na segunda etapa, esse relaxamento permite a atividade criativa, física e mental, manifestada na brincadeira; a soma das experiências forma a base do sentimento do si mesmo, resultando a terceira etapa. Desta forma, o indivíduo pode atingir o EU SOU e não mais agir apenas em defesa contra as ansiedades⁷. O “eu sou” é o próprio posicionamento onde tudo é criativo, onde o si mesmo é alcançado.

Para Winnicott (1971a), a interpretação deve surgir de forma espontânea, assim como o brincar da criança. Quando o paciente não consegue fazê-lo sozinho, é função do terapeuta fazê-lo “brincar”, desta forma será possível ao paciente ter uma experiência significativa conjunta com o analista, possibilitando sua evolução psíquica e construindo uma nova estrutura que possibilite a assimilação das novas experiências que surgem. Larentiis (2008) alerta que o analista winnicottiano deve estar sempre atento às etapas do amadurecimento e constantemente reavaliando a força de ego do paciente, considerando-o também a termo de ego corporal.

⁷ O termo mais usado por Winnicott é agonia, mas considera-se nem todas vivências são agonias podendo ser vivenciadas também ansiedades.

Tratamento do paciente psicossomático

Assim como no caso dos pacientes borderlines, a psicanálise clássica deve ser a base do tratamento, entretanto é necessária uma alteração na técnica. Diferente de quando tratamos neuróticos, em que os elementos vistos em situação analítica já foram vivenciados no passado, o que se busca no caso dos pacientes psicóticos e com transtornos psicossomáticos é uma experiência primária.

Winnicott (1966d) alerta-nos para não perdermos o paciente psicossomático na intelectualização e nos esquecermos da pessoa real. Podemos incluir aí a idéia de submeter os sintomas a simbolizações ou, por outro lado, concentrar-se no tratamento sintomático como se ele não tivesse relação alguma com o paciente. Winnicott questiona de que pode servir a teoria sobre a psicossomática se ela também não for analisada de forma integrada e ater-se apenas um aspecto do comportamento humano, não seu amadurecimento como um todo. Ao fazer esta crítica, Winnicott ataca não só a comunidade médica como os próprios psicanalistas, os quais costumam estar situados na extremidade oposta.

Não é preciso esclarecer ao paciente as razões de sua cisão, cabe ao analista apenas tentar compreender, oferecer ao paciente um ambiente seguro e tempo para que ele se torne capaz de não precisar mais da cisão como forma de defesa, caso contrário, como nos lembra Winnicott (1965vd), estaríamos oferecendo ao paciente uma fuga intelectual acentuando suas características cindidas. Quando o paciente é capaz de dizer, por exemplo, “eu queria ficar doente para que tivessem dó de mim”, um passo foi dado rumo à integração da psique- soma, mas esta conclusão deve partir do próprio paciente para que seja uma experiência real. À medida que o paciente reconhece sua dependência da doença, é possível também que esteja descobrindo outras experiências de dependência mais confiáveis. Para

este paciente, que anseia por cuidado, é também extremamente difícil depender, pois o trauma que lhe causa ansiedade ocorreu justamente quando se encontrava em dependência absoluta.

O risco não é somente de que o analista possa morrer, como também de que o analista seja subitamente incapaz de acreditar na realidade e na intensidade da ansiedade primitiva do paciente, do medo da desintegração, ou de aniquilamento, ou de cair para sempre. (Winnicott, 1965vd, pg.216).

Em um de seus artigos, Winnicott (1963a), analisa um caso em que sua paciente sonha ser uma tartaruga de casco mole. A paciente é hipersensível a todas as drogas e doenças, encontrava-se em constante ameaça de aniquilamento, embora socialmente apresente uma imagem de mulher dura e independente. Essa duplicidade lhe trazia um sentimento de irrealidade que levou Winnicott a afirmar que o ego da paciente era incapaz de suportar emoções fortes e que tais emoções, como ódio ou excitação, acabavam por ser localizadas em um órgão diferente do corpo fazendo com que a paciente se sentisse doente fisicamente. Embora Winnicott relacionasse os estados emocionais da paciente ao surgimento dos sintomas, ele não o fazia para a paciente, cabia a ele como analista tomar para si a responsabilidade de confrontar-se com a dependência da paciente e permitir uma regressão que se tornasse uma experiência terapêutica, evitando o surgimento de uma doença psicossomática que provocasse o cuidado que ela necessitava.

Winnicott (1963a) aponta que foi importante, enquanto a paciente não era capaz de sentir emoções, que o terapeuta não interpretasse o conteúdo da análise. Muitos pacientes podem preferir inclusive o suicídio a viver sobre a ameaça de aniquilamento. Podemos observar, neste caso, como a doença psicossomática

também poderia se construir como forma de defesa a essa ameaça, entretanto, à medida que preserva a vida da paciente, expõe sua fragilidade e finitude. Se o suicídio acaba por ser a última solução para obter o controle derradeiro do ego e sentir-se inteiro, evitando assim o aniquilamento, podemos também nos questionar se a doença psicossomática não surgiria como o controle sobre a própria fragilidade, de forma a se estabelecer como uma proteção contra o aniquilamento. Assim, a doença psicossomática traz uma dificuldade a mais em seu tratamento, já que a cura poderia significar também a destruição do próprio indivíduo.

Para Winnicott (1988), um trabalho analítico pode ser realizado em diferentes níveis de profundidade. Para ilustrar esta afirmação, ele comenta possíveis percursos na análise de um paciente com asma. É, a princípio, factível que a asma tenha sua origem em algum fator bioquímico ou sensibilidade ao ambiente. Sabe-se também que é impossível viver tendo asma sem ser afetado pelo fato de tê-la. Outra idéia freqüentemente mencionada quando abordamos o tema é a notória influência da superproteção materna quanto à criança asmática e da sua dificuldade em relacionamentos interpessoais. Entretanto o primeiro ponto que Winnicott observa é: por que a asma e não uma enurese ou algum outro sintoma? Winnicott acredita que uma análise que permaneça no nível dos relacionamentos interpessoais, mesmo que bem sucedida no aspecto social, pode nunca revelar a verdadeira origem dos sintomas, pois as razões associadas à instauração da asma estariam em fatores muito mais profundos, muitas vezes desconhecidos pelo próprio paciente, naquele ponto do amadurecimento onde o relacionamento da mãe com a criança encontrava-se na posição depressiva. Neste sentido, uma análise que envolvesse as batalhas do si-mesmo para controlar as forças do bem e do mal, compreender as fantasias sobre o interior do corpo e outros fatores que levariam a uma ansiedade hipocondríaca, poderiam conduzir a uma análise muito mais rica para a criança.

Para nos aprofundarmos ainda mais em direção das origens da asma, Winnicott sugere a possibilidade de regressão a estados de dependência profunda calcados na relação de transferência. Mas, ainda assim, encontraríamos barreiras para compreender a asma em sua origem, pois elas estariam ocultas em suas memórias corporais.

Somente quando o tratamento alcança os estágios mais primitivos é que a asma começa a encaixar-se em seu lugar, por exemplo, quando o paciente está preocupado com o estabelecimento de um si-mesmo verdadeiro como o lugar a partir do qual viver, e com a implantação desse si-mesmo verdadeiro no corpo. (Winnicott, 1988, pg.183).

Neste ponto, Winnicott considera compreensível a apreensão do conflito aparentemente causado pelo respirar, que é o da livre passagem, da entrada e saída de ar e a ansiedade relativa à falta de controle daquilo que pode sair ou entrar por aquela unidade psíquica. Essa dificuldade de respirar não é símbolo do controle materno, das fantasias sobre a idéia de um corpo próprio ou da dificuldade de expressar-se, mas é sim a própria ansiedade relativa à integração.

Da mesma forma que Winnicott, podemos reconstruir o percurso de outras doenças psicossomáticas juntamente com o paciente, se compreendermos que a forma de existir do paciente é a mesma forma pela qual se expressa a doença, e mais do que um significado simbólico, a doença também se faz expressão do sujeito no mundo.

CAPÍTULO III

UM OLHAR WINNICOTTIANO À ESCLEROSE MULTIPLA

Antes de iniciar este capítulo, é de extrema importância ratificar aqui a posição de que a classificação da EM como doença psicossomática neste trabalho não é de forma alguma uma declaração de verdade absoluta e sim uma ampliação das possibilidades de abordagem do tema.

Foi Freud, com seus estudos sobre conversão histérica, que possibilitou o surgimento do que viria a ser mais tarde chamado de psicossomática psicanalítica. No decorrer da história da psicanálise, diversos autores pensaram a relação entre a história do indivíduo e sua saúde, da simbologia da doença. Na concepção de Sandór Ferenczi, por exemplo, vê-se a doença como resposta às pressões sofridas pelo psiquismo, idéia também pensada por Franz Alexander na década de 30; ambas consistem em maneiras dualistas de entender o indivíduo.

Foram necessárias algumas décadas até que autores como Pierre Marty⁸ e o próprio Winnicott concluíssem que o funcionamento psíquico do paciente psicossomático era diferente do neurótico ou do paciente psicótico, até então descrito pela psiquiatria. Ainda assim, Pierre Marty e Winnicott seguem caminhos distintos no seu entender sobre a gênese da psicossomática, como podemos notar no trabalho de Peres (2006). A questão da simbolização é uma constante para diversos autores de trabalhos sobre a psicossomática, enquanto na compreensão de Winnicott a questão psicossomática não é simbólica, e sim o próprio indivíduo em sua existência.

⁸ Marty acredita que a doença psíquica ou orgânica seja uma forma de homeostase, através da qual o indivíduo regula suas relações com o meio e os outros. Entretanto, para o autor, a incapacidade de simbolizar e pensamentos superficiais desprovidos de investimento libidinal orientados para a realidade externa, são característicos em pacientes com distúrbios psicossomáticos. Para conhecer melhor onde se situa o pensamento de Marty na Psicossomática consultar Volich, (2000).

Os estudos sobre os chamados *distúrbios psicossomáticos* causaram polêmica na comunidade científica, especialmente numa era em que os estudos sobre genética avançam com rapidez. Se de um lado os geneticistas buscam sedentos pelas origens genéticas, não apenas das espécies, mas até mesmo de suas características psíquicas, como a sexualidade, a agressividade e a alegria, o estudo psicossomático segue quase na contra-mão, buscando na existência do indivíduo a fonte do seu sofrimento psíquico, que o levaria a uma forma de existir também em sofrimento somático. Este tema polêmico, impregnado por uma tendência da caracterização simbólica de algumas doenças por parte de muitos autores da psicologia, bem como a definição de tipos psíquicos que tenderiam a desenvolver certas doenças, fez com que muitos pacientes se sentissem responsabilizados por seus males levando ao que poderíamos descrever como uma banalização da psicologia cognitiva e ao surgimento de livros e terapias do gênero “você pode curar seu corpo”.

Gostaria de usar das palavras da escritora e ativista americana, Susan Sontag, falecida em 2004, após quase duas décadas de luta contra o câncer, registradas em seu livro *A doença como metáfora*: “a doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa. Todas as pessoas vivas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde e outra no reino da doença. Embora todos prefiram usar somente o bom passaporte, mais cedo ou mais tarde, cada um de nós será obrigado, pelo menos por um curto período, a identificar-se como cidadão do outro país. (...) Meu ponto de vista é que a doença não é uma metáfora e que a maneira mais honesta de encará-la — e a mais saudável de ficar doente — é aquela que esteja mais depurada de pensamentos metafóricos...”. Susan Sontag representa com eloqüência, no decorrer de seu livro, o sentimento de opressão dos pacientes que há cerca de três décadas atrás, se viam diante de uma sociedade que

os considerava culpados por provocar suas próprias doenças, quase como se houvesse escolha, como se bastasse uma mudança de atitude para alcançar a cura, ou como se houvessem desejado inconscientemente adoecer. A idéia de que a doença poderia ser conscientemente ou mesmo inconscientemente controlada ou desejada pelo indivíduo é uma simplificação de conceitos muito mais profundos sobre a psique humana, numa interpretação errônea e antiquada no que refere aos estudos sobre psicossomática.

É fato inquestionável que muitas doenças certamente têm em si um fator patológico de origem genética ou biológica, como uma mutação de um cromossomo, um vírus, uma bactéria ou um fungo. No entanto, quando falamos de doenças com predisposição genética, nos cabe questionar o porquê duas pessoas de uma mesma família, que apresentam um genetograma semelhante, como no caso de irmãos, pais e filhos, e mais intrigante ainda, de gêmeos, não desenvolverão a mesma doença? Se nos estudos realizados com pacientes gêmeos, citados anteriormente no capítulo II, não se encontrou resposta satisfatória para a questão, não seria este mais um fator a corroborar com a hipótese de que o surgimento da EM não estaria vinculada apenas a uma questão biológica, quase como se o paciente estivesse biologicamente predestinado a adoecer?

Como podemos notar no trabalho anteriormente citado de Ybarra et al. (2007), a hipótese de que a genética atue sobre os aspectos emocionais do indivíduo é prontamente considerada, entretanto os autores sequer mencionam a possibilidade inversa, a de que o emocional possa atuar nos fatores biológicos, ou que talvez estas forças atuem em conjunto, possibilitando o surgimento da doença. Não poderíamos pensar, no caso daqueles três pacientes com EM e transtorno bipolar, que o ambiente propiciou uma forma cindida de existência que levaria,

nestes casos, ao sofrimento cindido entre psique e soma, sendo o transtorno bipolar mais um aspecto desta cisão múltipla?

Embora não se reconheça na EM nenhuma etiologia definitiva, a hipótese de uma pré-disposição genética com uma forte influência ambiental é hoje a mais aceita. Entretanto, para a medicina, quando falamos em ambiente, podemos falar em fatores psicossociais? A possibilidade de uma abordagem winnicottiana não busca excluir da gênese da EM a sua pré-disposição genética, mas incluir, aos olhos dos que tratam os pacientes portadores da doença, um conceito muito mais amplo de ambiente, que não envolve apenas os aspectos biológicos e somáticos do indivíduo, mas também a psique e seu estado emocional e maturidade; e que a doença não é apenas um desafio a ser vencido ou uma limitação a ser aceita, mas compreender que ela pode ser o desdobramento desse ser no mundo.

A doença psicossomática precisa de tratamento médico, pois o corpo está doente e, assim como a psique, encontra-se em sofrimento, portanto, os dois precisam de cuidados. Entendemos aqui que a doença psicossomática é real, não se passa apenas na mente da pessoa, ou não é causada pela psique. Assim, o cuidado com o bem estar do corpo pode ajudar no bem estar da mente; por sua vez, o cuidado com a psique pode ser fundamental no tratamento e na prevenção dos males do corpo.

Pesquisando a produção bibliográfica que vem sendo realizada sobre o tema da psicossomática, podemos encontrar trabalhos como o de Bandeira & Barbieri (2007) que, por meio de um estudo com quinze mulheres com câncer de mama e câncer do aparelho digestivo, concluíram que há uma predominância de personalidade borderline no primeiro grupo e neuróticas no segundo. Embora bem embasados na teoria, trabalhos como este, com um número reduzido de sujeitos, podem levar a uma visão simplista e mecânica da subjetividade humana. Um dos

motivos que levou a desconsideração de entrevistas e estudo de caso para nosso trabalho foi justamente evitar a tentação de cair em tais reducionismos. Tendo em mente os casos relatados na introdução e que impulsionaram a realização de nossa pesquisa, foi justamente a procura de um caminho para ultrapassar a tendência a catalogar tais indivíduos que levou a uma aproximação da teoria winnicottiana à EM.

Com as idéias anteriormente discutidas, podemos então pensar em novos caminhos para a compreensão tanto dos pacientes com transtornos reconhecidamente psicossomáticos, como ainda da nebulosa EM. Como percebemos ao estudarmos a teoria de Winnicott, o adoecer, para o autor, não é um desejo ou um processo simbólico, mas sim uma forma de existir do indivíduo.

Clinicamente, a esclerose é um desafio à comunidade médica, por causa do seu complexo diagnóstico exclusivo e do tratamento da vasta gama de possibilidades sintomáticas. Para o portador, por outro lado, ela passa a absorver um amplo aspecto de sua vida, tanto que a partir do momento em que o paciente recebe seu diagnóstico a pergunta “será que o que eu estou sentindo é relativo à EM?” passa a ser freqüente em sua cabeça. A EM, em todas suas características, é em si própria uma doença fragmentadora, que reforçaria aspectos fragmentados do paciente. E é tão singular em seu percurso quanto a subjetividade humana. Mas é também uma possibilidade de coesão a partir do momento que definimos A EM assim mesmo com letras maiúsculas, pois tornamos o sujeito uno, portador de uma doença única, causadora e catalisadora de todos os males possíveis de sua vida. Assim, como discutimos anteriormente, o ponto de vista de Winnicott sobre as defesas rigidamente organizadas, a cisão da EM pode tornar-se uma defesa contra uma cisão muito maior e mais completa, a ameaça da desintegração e o colapso completo da psique-soma.

A EM parece ter raízes profundas e primitivas na existência do indivíduo. Embora muitas doenças auto-imunes acabem interpretadas como parte de um processo auto-destrutivo ou um auto ataque de suas próprias defesas, o paciente com EM não parece estar em busca de ficar doente, mas é nessa posição que talvez sinta-se confiante para depender e ser cuidado.

Considerando o que foi discutido até então, podemos acreditar que, no decorrer do seu amadurecimento, o paciente psicossomático sofreu um trauma por uma falha do ambiente, mas também teve a possibilidade de sentir o sentimento integrador proveniente de ser cuidado, e é esta sensação tranquilizadora que o paciente obteria através da doença. Fosse esta falha proveniente de uma mãe que não se sentia preparada para ter um filho, que o visse como um sujeito pronto para tomar conta de si mesmo, estando ela ocupada demais para que pudesse fornecer um bom e constante cuidado inicial materno, ou outras tantas possibilidades de falha do ambiente. Um estudo de caso clínico poderia fornecer um início hipotético para a fundamentação desta idéia, mas ainda assim estaríamos a navegar pelo campo da singularidade.

Para uma busca das origens da EM não seria suficiente um questionário, baterias de testes projetivos ou algumas dezenas de estudos de casos. Talvez não interesse ao universo da medicina clínica desvendar a falha original que desencadeasse um processo de cisão, pois com ela não poderíamos criar métodos preventivos. Mas assim como no caso de asma analisado por Winnicott, aprofundar a análise do paciente pode ser por si só uma experiência benéfica e integradora à medida que o paciente é capaz de desenvolver sua própria compreensão sobre a doença e suas raízes.

A necessidade de ser compreendido, no caso do portador de EM, é outro ponto importante no trabalho junto ao paciente, visto que freqüentemente eles

passam por sintomas tão particulares e desconhecidos pela maioria de seus amigos e familiares. Alterações do equilíbrio, alterações na sensibilidade profunda, a corrente elétrica gerada pelo sinal de Lermite, a fadiga extrema, a deficiência visual e a dor da neurite ótica, entre outros, são sintomas que aos olhos de um leigo podem ser confundidos como manha, preguiça, reclamações infundadas e até mesmo similares ao resultado do uso de drogas e álcool. Através da análise, o terapeuta pode ajudar o paciente a elaborar os sintomas, mas lembrando a proposta clínica de Winnicott, esta tem que ser uma construção do paciente, para que este encontre em si mesmo e não no outro a possibilidade de coesão. De qualquer forma, a possibilidade de ter seu sofrimento reconhecido pelo outro também pode ser extremamente reconfortante e integrador, como veremos mais adiante na biografia de Jacqueline du Pré.

Outro ponto que nos chama atenção ao refletirmos sobre novas possibilidades de discutir a EM é que, assim como uma doença psicossomática, os cuidados médicos também aqui surgem muito fragmentados. No caso da EM, freqüentemente, é vasta a gama do time de especialistas que cuidam de diversos aspectos do paciente, e é raro que apenas um médico se torne responsável pelo caso. O neurologista que acompanha o paciente é um médico altamente especializado, e mesmo que ele procure a origem dos sintomas, na hora de tratar o paciente, é a equipe que o acompanha que será responsável pelos diversos fragmentos do tratamento. E especialmente em casos de internação, são diversos os médicos, inclusive diferentes neurologistas, que vão atender ao paciente no prazo de três ou quatro dias. Entre o suporte do neurologista, oftalmologista, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psiquiatra, psicólogo, e mesmo tratamentos alternativos que o paciente venha a procurar, tais como acupuntura, medicina chinesa, quiropraxia, e mais um enorme hall de possibilidades, o aspecto

da fragmentação fica ainda mais forte. Muitos pacientes, de acordo com Winnicott (1964), aproveitam este aspecto cindido do tratamento inclusive para dar suporte à sua cisão. Assim, devemos indagar como profissionais de saúde, sobre a forma do tratamento que damos a nosso paciente e se estamos proporcionando condições de uma vida saudável ou apenas “fazendo a nossa parte”. Se não lembrarmos que o paciente é um ser inteiro e não fragmentos a ser tratados, como podemos proporcionar um ambiente favorável à integração?

Para aprofundarmos a investigação das questões relativas ao processo de amadurecimento que poderiam estar envolvidas no caso de um paciente com EM, conheceremos a biografia de Jacqueline du Pré. O interessante em realizar uma reflexão sobre a vida de Jacqueline du Pré, através dos relatos realizados por seus irmãos, é a possibilidade uma retrospectiva histórica e um olhar mais apurado sobre os fatos de sua vida como um todo, que poderiam ou não ter colaborado com o desencadeamento da doença, ilustrando muito do que foi discutido até aqui e possibilitando a compreensão mais profunda do tema. Buscamos na biografia de Jacqueline du Pré a compreensão de um quadro muito mais amplo e carregado das sutilezas da trama de acontecimentos que é a vida humana.

Jacqueline du Pré – uma biografia

O relato a seguir foi realizado com base na biografia escrita por Hillary du Pré e Piers du Pré, publicado originalmente em 1997 com o título de *Um gênio na família*.

Jacqueline du Pré, ou Jackie, como era chamada pelos irmãos, foi a segunda filha do casal Iris e Derek; após o nascimento da primeira filha do casal, Hillary, Iris teve dificuldade de engravidar novamente e acabou submetendo-se a tratamento

com estrógenos. Na ocasião do nascimento de Jackie, em janeiro de 1945, o avô materno adoeceu e sua saúde deteriorou-se rapidamente, falecendo em decorrência ao rompimento de uma úlcera duodenal. Jackie tinha apenas 12 dias, sua mãe estava amamentando-a quando Derek chegou com a notícia. Hillary lembra que a mãe ficou desesperada, em choque, e que a devoção que sua mãe tinha pelo próprio pai passou, nos dias que se seguiram, a uma superdevoção à Jackie, criando um forte laço de amor e dependência entre elas.

A proximidade de Iris com suas filhas propiciou às crianças o desenvolvimento de uma linguagem musical já no início da primeira infância. O interesse e talento de Jackie para a música já aflorava quando esta tinha apenas 18 meses e cantava canções ritmadas agarrada a barra da calça de sua mãe. Iris, que era uma exímia pianista e foi aluna do método Dalcroze Eurytmia⁹, incentivava suas filhas a expressar os sentimentos e afetos percebidos na música e contar histórias através da linguagem musical.

Aos quatro anos de idade, Jackie precisou ter suas amídalas removidas. O hospital não permitia a visita dos pais durante o período de internação das crianças. Embora a agitação e preocupação da mãe transparecessem, Jackie não foi avisada de que seria operada, sendo deixada sob os cuidados de uma enfermeira. Quando seus pais retornaram para buscá-la após uma semana, Jackie se encontrava assustada e sentindo-se abandonada. Disse à mãe que havia chamado por ela, mas que esta nunca havia aparecido. De acordo com Hillary, este episódio fez com que Jackie se tornasse insegura e chorona. A mãe tirou duas semanas de férias a sós com a filha na tentativa de que ela se recuperasse.

⁹ A Eurytmia foi criada em 1903, em resposta à forma mecânica como os jovens aprendiam música. A experimentação é a base do método, em oposição ao virtuosismo. O método contempla a exploração dos movimentos corporais, exercícios de reação e relaxamento, jogos e improvisação. Segundo Pederiva (2008), a exploração dos movimentos amplos busca a liberação das tensões e uma vivência do corpo integradora da personalidade.

Poucos meses depois, Jackie acidentou-se. Iris, ao fechar a porta, prendeu os dedos da filha, que gritara de dor. O incidente fez com que a mãe temesse que Jackie nunca tocasse instrumento algum. Entretanto, ainda se recuperando do incidente, a atenção de Jackie foi capturada por um som robusto vindo do rádio e, no mesmo momento, disse à mãe: “eu quero fazer este som”. Assim, em seu quinto aniversário, Jackie ganhou um violoncelo, o qual se tornaria seu companheiro inseparável dali por diante.

Iris compunha pequenas peças que continham histórias, para que suprissem a crescente necessidade de Jacqueline por material de estudo. Naquela época, Hillary dedicava-se ao violino e ambas praticavam diariamente. Pouco após iniciar seus estudos de violoncelo, Jackie participou de seu primeiro festival de música, apresentando-se ao lado da mãe. Hillary lembra-se de que semanas após o festival, Jackie havia saído de casa com os pais quando repentinamente começou a chorar, lembrando-se que havia esquecido o instrumento em casa. A partir daquele dia, sempre que saíam, o violoncelo ia junto.

Aos cinco anos e meio, Jackie iniciou seus estudos com uma professora particular em uma escola para violoncelistas. Sua irmã conta que durante o festival anual da escola, ao presenciar a apresentação de Jacqueline, podia sentir quão poderoso era o foco entre Jackie e seu instrumento, e que o instrumento havia se tornado sua voz. Nas palavras de Hillary, “Jackie tornou-se ciente de que ela poderia, com sucesso, comunicar-se através da música e como suas emoções e sentimentos podiam ser ouvidos e compreendidos.”.

O reconhecimento do talento precoce de Jacqueline passou a lhe trazer problemas na escola. Além da pouca dedicação aos estudos, Jackie chegou a ser expostas perante os colegas de sala por uma professora que dizia que ela se achava especial, mas que não era. Queixava-se também dos colegas que a

provocavam. Assim, a coordenadora do colégio aceitou que Jackie estudasse apenas quatro matérias, sendo três idiomas e matemática. Com mais tempo livre para dedicar-se à música, Jackie progrediu numa velocidade fantástica.

Aos 13 anos, Jackie impressionou seu professor particular ao interpretar pela primeira vez o concerto de Elgar, pelo qual ela viria a ser reconhecida no futuro. Segundo seu professor era impressionante a profundidade emocional alcançada por Jackie, ainda tão jovem, ao tocar a peça sobre um homem de 60 anos no fim de sua vida.

Não apenas a forma como executava as músicas, mas também a velocidade como as decorava e aprendia chamava atenção. Além da facilidade de aprendizagem, Jackie era extremamente crítica quanto a seus professores. No decorrer de sua vida, ela teria várias oportunidades de ter aulas com grandes mestres, mas é Bill, seu professor de violoncelo desde os sete anos de idade, em quem confia e tem como a um pai. Poucas horas diárias eram dedicadas a práticas, muitas vezes as aulas com Bill estendiam-se em longas conversas, ele entendia que a aluna era diferente e que, na aula seguinte, era capaz de retornar com um ou duas obras altamente técnicas decoradas e prontas para uma primeira execução.

Com 16 anos de idade, quando fez sua estréia como profissional, o reconhecimento da sua genialidade por parte da crítica já começou a preocupar Jackie. Conciliar carreira, viagens e família sempre foi complicado para Jacqueline. Com o aumento do seu número de apresentações, o casamento da irmã e o isolamento durante as turnês, Jackie questionou, pela primeira vez em sua vida, a idéia de seguir uma carreira profissional; entretanto, nunca chegou a cogitar abandonar a música. Embora seu talento a afastasse de casa e da segurança da família, também aproximava Jackie de um outro mundo, cheio de desafios.

Os três relacionamentos amorosos que teve no decorrer da sua vida foram com músicos, os quais eram também colegas de trabalho. O seu primeiro namorado, George, era uma figura paternal a quem Jackie admirava, porém não o amava, reconhecia que estava com ele porque se sentia só durante as turnês. Ela sentia-se culpada por não corresponder a seus sentimentos, embora, segundo Hillary, usava-o impiedosamente como serviço de taxi. Nesta época, Jackie tinha apenas 19 anos e ainda que mais confiante em viver fora de casa, recorria à assistência materna para resolver suas questões práticas, tais como levar suas roupas para lavar e para ampará-la emocionalmente.

Hillary descreve Jackie nos primeiros anos de sua carreira como dona de uma energia explosiva, uma sensualidade eletrificante, de um humor negro e de um magnetismo irresistível, fazendo com que cada homem que ela conhecesse se apaixonasse por ela. Foi nesta época que conheceu o pianista Stephen, com quem se envolveu romanticamente. Stephen era casado, porém a mídia explorava tanto o relacionamento amoroso quanto a qualidade musical da dupla.

Jackie não suportava a solidão dos hotéis e das cidades estrangeiras. Frequentemente ligava para sua casa pedindo à mãe que a deixasse voltar. Quando possível a mãe abandonava tudo para ir a seu encontro. Jackie mantinha o contato com Piers, o irmão caçula, e Hillary, através de cartas, além de visitas esporádicas. Hillary conta que a irmã adorava visitá-la e brincar com as sobrinhas e que foi numa destas visitas, quando Jackie tinha cerca de 23 anos, que a irmã contou-lhe que havia sido estuprada quando estava na Rússia. Jackie não falou quem fora ou entrara em maiores detalhes, nunca mais falaram sobre o assunto; entretanto, Hillary sente que após este acontecimento a irmã tornou-se um pouco mais triste.

Após uma temporada na Itália, Jacqueline conheceu o pianista Argentino Daniel Barenboim. Rapidamente, ambos se tornaram inseparáveis e Jackie deixou

Sthepen, disposta a converter-se ao judaísmo para casar-se com Daniel. Em muitos aspectos o casal era diferente, Jackie era uma pessoa de gostos simples que apreciava a natureza e uma vida tranqüila, enquanto Daniel tinha gosto por coisas caras e por uma vida social agitada. O vínculo que unia o casal era essencialmente a música. Daniel era técnico e racional, Jackie emocional e intensa. O quinteto formado por músicos judeus, que incluía o casal, tornou-se famoso e apresentava-se em diversas capitais do mundo. Embora a vida parecesse excitante, Jackie estava sempre cheia de saudades de casa, ressentindo-se do fato de não poder ter uma vida normal e dedicar-se a filhos.

No final do ano de 1970, o relacionamento entre Jackie e Daniel é visivelmente estressante e as discussões constantes, Jackie passou a tomar calmantes. No início de 1971, ela deixou Daniel nos Estados Unidos e foi para França onde passou uma temporada na casa da irmã.

Jackie não demonstrou alegria em reencontrar-se com a mãe ou os sobrinhos, é entre a irmã e o cunhado Kiffer que ela se sentiu segura, ficando a sós com eles por alguns dias. Pouco após sua chegada, Jackie estava mais interativa e brincava com o cunhado no lago. Hillary conta que uma noite acorda com Jackie na cama, com o seu marido no meio, e toma cuidado para que a irmã não perceba que ambos acordaram e se deita mais próxima ao marido, fazendo com que Jackie se afaste. Ela não teve coragem de expulsar a irmã, mas entendeu o gesto como um desejo de Jackie pelo seu marido. No dia seguinte, ninguém mencionou o ocorrido, embora todos ficassem mais distantes.

Enquanto Jackie estava na França, Daniel avisou que estava indo buscá-la, fato que a desagradou. No fim daquela tarde, Jackie fugiu para as montanhas próximas e Kiffer a encontrou nua e trêmula. Hillary reconhece que a tentativa de trazê-la para um lugar calmo onde pudesse descansar das pressões do seu

cotidiano fez com que toda tranqüilidade do lugar potencializasse sua instabilidade emocional. Assim passaram a vigiá-la constantemente.

Com a chegada de Daniel, Jackie tornou-se mais ansiosa e angustiada, evitando-o a todo o momento. Hillary e o marido se esforçaram para aproximar ambos e Daniel, por sua vez, se empenhou em ser gentil, mas Jackie acabou indo para Londres com ele um tanto quanto resignada. Dias depois, Jackie ligou confusa para a irmã e pediu para que o cunhado fosse a seu encontro. No seu retorno, Kiffer contou a Hillary que a Jackie implorara-lhe para ir à cama com ele, e que ele foi. Hillary disse que, embora tenha se sentido traída, entendeu que sua irmã estava lutando para sobreviver e que seu marido não estava enamorado dela. Ambas sabiam que ele era forte o suficiente para, em um momento de crise, dar a segurança necessária, sendo que a única forma de fazer com que ela se sentisse melhor naquele momento era dando a ela o que ela queria.

No dia seguinte ao retorno do cunhado, Jackie também voltou. Hillary recebeu a irmã com um abraço de cumplicidade, reconhecendo o desespero de Jackie. Assim, Jackie decidiu cancelar todos os seus compromissos por alguns meses para morar com a irmã. Jackie tinha mudanças constantes de humor e seu cunhado parecia ser o único a fazer com que ela se sentisse compreendida. Frequentemente ele levantava durante a noite, a pedido de Jackie, e ia deitar-se com ela. Segundo Hillary, seus sentimentos eram ambíguos; se por um lado ela sentia que Jackie era sempre a beneficiada, pois desde a infância, ocupava o universo da música e muita atenção de seus pais, agora o seu próprio marido devia servi-la, por outro lado, reconhecia que a irmã estava passando por um inferno emocional, e se tornara atormentada e assustada. Hillary sentia que teve de deixar tudo que amava para Jackie.

Durante este período havia dias em que Jackie apenas chorava, em outros ficava brincando com as crianças. Jackie passou a hostilizar a mãe, não falava com ela nem com seu pai. Dependia de todos a sua volta, o cunhado para confidente e suporte emocional, os sobrinhos para adorá-la, a sogra da irmã que a tratava como uma pessoa normal e Hillary que a compreendia. Quando se sentia melhor, Jackie dava aulas de violoncelo para músicos da região ou tocava com o cunhado e a irmã. Antes de retornarem à casa de seus pais, Jackie passou duas semanas a sós com seu cunhado nas montanhas. O retorno foi ainda mais difícil, com todos vivendo sob o mesmo teto. O cunhado, embora exausto, continuou a buscar uma solução para o desespero de Jackie. Kiffer passou a interessar-se por psicologia e apresentou Jackie a um analista. Jackie gostava de ir à terapia, especialmente por sentir que seu terapeuta lembrava-se de tudo que ela lhe falava. Ela passou a freqüentar a terapia duas vezes por semana. Nesta época, Jackie relatou sentir dormência nas pernas e na sola do pé. Inicialmente o analista interpretou essa dormência como uma resistência em voltar para sua casa com Daniel.

Com o tempo a vida parece voltar mais ao normal. Kiffer reconheceu não ter ajudado Jackie, apenas lhe dado um suporte em seu desespero. Hillary não sabe dizer como nem porque, mas Jackie reconciliou-se com Daniel. Nesta época Jackie tinha 27 anos e partiu com Daniel para a gravação de uma série de obras e concertos. Um ano depois, em Janeiro de 1973, a crítica passou a tecer comentários negativos sobre a performance de Jackie. Ela sentiu que os músculos de suas mãos não estavam respondendo apropriadamente, como se nunca estivessem aquecidos o suficiente para tocar. Ela procurou vários médicos que não conseguiram lhe ajudar, até que um deles disse que ela estava sofrendo de trauma adolescente, o que fez com que Jackie sentisse ainda pior por entender que estava fazendo muito barulho por nada.

Em suas memórias, Hillary fala sobre o último concerto de Jackie que presenciou, percebeu que quando a irmã executou a sua famosa interpretação de Elgar, iniciou os primeiros movimentos muito mais lentamente que o usual, deixando inclusive a orquestra confusa, embora grande parte da platéia não notasse. Hillary comenta que a música da irmã sempre lhe trazia a idéia de alegria e esperança, entretanto, o esforço de Jackie para tocar o concerto até o fim lhe deu uma sensação de crucificação e tudo que ela ouvia era um adeus de sua irmã. Alguns meses depois, Jackie contou ao irmão que teve problemas em uma apresentação, não conseguindo sequer tirar o instrumento do case. Quando conseguiu, sua mão estava dormente e ela já não queria mais se apresentar. Participou do concerto por insistência de um colega, entretanto não sentia as cordas do instrumento, tendo que olhar onde colocava os dedos. Ainda assim, os médicos diziam a Jackie que ela estava sofrendo de estresse. Neste encontro com o irmão, Jackie sofreu uma queda e não conseguiu se levantar sozinha, quando conseguiu parecia instável, precisando da ajuda do irmão para caminhar até sua casa. Algumas horas depois, Jackie parecia normal e pronta para tomar o avião que lhe aguardava. Em maio, enquanto almoçava com a irmã, sentiu que seu braço se tornara imóvel. Um novo diagnóstico foi dado para Jackie, inflamação dos tendões, e assim algumas apresentações precisaram ser canceladas.

Semanas depois Jackie seguiu para novos concertos na América e seu irmão relata que ela lhe telefonou desesperada, mas quando ele conseguiu reencontrá-la, ela parecia bem e não lhe contou o que ocorrera. Em outubro, novas apresentações são canceladas e Jackie, além da dificuldade com as mãos e a dormência nas pernas, passou também a sentir fraqueza na coluna e ficar com a vista esquerda embaçada. Foi apenas pela soma de todos os sintomas que médicos passaram a suspeitar de uma doença neurológica e a EM é diagnosticada. Jackie disse que

estava aliviada por saber que havia uma explicação razoável para o que vinha acontecendo com ela, mas, sem saber o que viria pela frente, ela comentou com a família: “eu tenho uma doença fatal, mas não se preocupem. Eu não levei isso a mal. Eu vou ficar bem e vai ser isso.” Até então, nem Jackie nem sua família haviam ouvido falar em EM.

A doença de Jackie muda a rotina de todos ao seu redor. No início, Jackie ficava em casa para descansar, mas conseguia cozinhar e preparava brincadeiras e surpresas para os sobrinhos. Seus pais mudaram de cidade para ficar mais próximos, seu irmão também se mudou para a vizinhança e as visitas da irmã tornaram-se mais freqüentes. Mas com a incapacidade progressiva, Jackie precisava cada vez mais da ajuda de Daniel. Uma governanta é contratada, pois Daniel dividia sua vida entre Londres e Paris, agora em uma solicitada carreira como maestro. Jackie também contava com o acompanhamento de um enfermeiro, mas depois de 18 meses do diagnóstico, embora conseguisse andar, seu equilíbrio estava bem afetado e ela submeteu-se a tratamento com esteróides, que funcionaram de forma apenas paliativa.

Em 1975, Jackie foi sozinha para Nova Iorque para tentar outro tratamento, dias depois seu irmão recebeu uma ligação dizendo que ela gostaria que ele fosse ao seu encontro. Quando chegou lá, a realidade que ele encontrou era ainda pior que o esperado. Jackie não conseguia mais andar e a objetividade dos médicos americanos em falar sobre o prognóstico da doença a deixavam desesperada e desesperançada. Os sintomas progrediram rapidamente e ficou claro que Jackie tinha a forma mais agressiva da doença. Jackie voltou para Inglaterra definitivamente na cadeira de rodas, perdendo gradualmente o movimento de suas pernas. Aos 31 anos, ela passou a ser acompanhada pela dedicada enfermeira Ruth Ann, que não apenas a ajudava nos cuidados básicos como também a manter sua

vida pessoal. Assim, nos cinco anos seguintes, Jackie foi capaz de dar aulas particulares, assistir a concertos e ir a teatros na companhia da fiel Ruth Ann.

Em 1980, a capacidade de fala de Jackie também estava bastante afetada, aumentando seu isolamento social, inclusive em relação à família e amigos próximos. Seu irmão relata sentir que a personalidade de Jackie nesta época havia mudado, ela tornara-se rude, criticando todos a sua volta e irritada com a presença de crianças na casa. Hillary diz que a irmã tornara-se raivosa e assustadora, parecendo constantemente querer machucar os que ainda a visitavam. Jackie não tinha muito assunto sobre o que conversar e acabava impondo a seus visitantes longas sessões ouvindo o mesmo disco, ou deixando-os embaraçados, pedindo aos homens que fizessem sexo com ela como se esta fosse uma piada cruel. Certa noite, ela telefonou ao cunhado pedindo para ele que fosse até sua casa para fazer sexo com ela; diante da negativa, Jackie nunca mais falou com Kiffer.

Em 1982, a saúde de Jackie estava bem deteriorada e capacidade de deglutição de Jackie também fora afetada. Sua rejeição em relação ao pai, que agora sofria de avançado estado de Parkinson, a afastou ainda mais da mãe, que passou a visitá-la com menos frequência. A mãe de Jackie viria a morrer três anos depois de câncer, e embora a relação de ambas estivesse extremamente desgastada, Jackie ficou ainda mais solitária.

Em 1987, era quase impossível para Jackie falar e sua visão estava quase completamente debilitada. Em outubro do mesmo ano, com dificuldade de se alimentar, manter o pescoço equilibrado e mal podendo se mover, Jackie desenvolveu uma pneumonia e, internada, passou a ser alimentada por aparelhos. A enfermeira Ruth Ann é quem acompanha Jackie no hospital. Embora Daniel ainda estivesse casado com Jacqueline, providenciando auxílio financeiro e eventual auxílio emocional, estabelecera-se em Paris e, em segredo, mantivera outra família

durante os últimos cinco anos de vida de Jackie. Os irmãos e Daniel se reuniram no hospital para despedirem-se de Jackie. Jaqueline Dupré morreu aos 42 anos devido a complicações decorrentes da EM.

Jacqueline du Pré: Explorações winnicottianas.

Winnicott menciona que o trauma é um acontecimento que muda o rumo do amadurecimento. Lembremos da idéia de que as agonias primitivas referem-se a uma intrusão ocorrida em um momento no qual a criança encontra-se em dependência absoluta e não tem condições de compreender esta falha, separar o que é interno do que é externo e, assim tal falha é sentida como uma ameaça de esfacelamento, um temor de qualidade psicótica. É inevitável não olharmos para Jackie, com então poucos dias de vida, no colo de sua mãe, em um momento de intenso afeto e cuidado que é a amamentação, e não imaginarmos a dor compartilhada entre mãe e bebê com a notícia da morte do avô. Embora a idéia não seja encontrar o ponto crucial que desencadearia a doença psicossomática, podemos nos indagar se esta vivência não teria sido suficientemente aterradora para causar em Jackie, no futuro, a constante ameaça de sentir-se novamente sob aquela ameaça. Parece ser este, o primeiro e talvez o mais importante, de uma série de fatores, que possibilitariam o surgimento de um transtorno psicossomático.

Quando o abalo emocional da mãe a irrompe em um momento em que se sentia fortemente amparada, podemos notar aí uma cisão abrupta e um conflito de emoções em um momento em que o bebê ainda não tem maturidade suficiente para compreender nem de onde vem esta ruptura, muito menos condições de organizar e dar sentido a esta experiência. Embora o episódio deixe a mãe de Jackie perturbada por alguns dias, logo ela é capaz de retomar o cuidado de sua filha, e de maneira ainda mais intensa. O que nos levaria a suspeitar que a forte ligação entre mãe e

filha viria a causar em Jackie a possibilidade de continuar seu caminho rumo à integração, com uma necessidade de dependência maior ainda.

Como podemos notar, na vida adulta, Jackie torna-se dependente de diversas pessoas, em diferentes aspectos, da mãe, da irmã, do cunhado, dos namorados, dos sobrinhos, para sentir-se viva e ser algo, como se todos servissem a ela como ego auxiliar, especialmente quando está fora dos palcos e mais intensamente quando a doença lhe tira a possibilidade de tocar seu instrumento.

Ao iniciar seu complicado triângulo amoroso com o cunhado e a irmã, Jackie afasta-se da mãe, que na mesma época encontra-se preocupada em cuidar do marido diagnosticado com Parkinson. Embora esse triângulo pareça, à primeira vista, envolver uma situação edípica, assim como Winnicott menciona que é necessário um bom amadurecimento para chegar-se à fase edípica, o interesse de Jackie no cunhado parece ter ligações com dois aspectos: a dependência e o sentir-se viva através do sexo.

Hillary acredita que a irmã encontra no cunhado suporte emocional e segurança que precisa para recuperar-se. Ao consentir que a irmã se relacione com seu marido, Hillary acaba por revelar, por um lado, a profundidade do vínculo que existia entre ela e Jackie e, por outro, a força de Jackie em fazer com que sua família atenda suas demandas. Embora Hillary acredite que Jackie esteja buscando em Kiffer o que ela própria encontrara no marido, o fato é que Jackie nunca se sente satisfeita, é uma busca no vazio, e talvez a sensação de coesão psicossomática só exista por um breve momento, durante a relação sexual, mas se esvai rapidamente. Assim, quando se afasta, Jackie sente-se profundamente só.

Lembremos novamente do que estudamos sobre Winnicott. A constituição da capacidade de estar só é um desafio que surge ainda nos primeiros meses de vida, e pode ser dificultada tanto pela ausência ou mesmo presença excessiva da mãe

como explica Santos (1999). Nas psicoses mais graves, esta problemática estaria relacionada à dificuldade de fantasiar e brincar com o mundo real, por outro lado, há também uma relação direta da possibilidade da criança introjetar o ego auxiliar e ficar realmente só. Conforme o “Eu sou” e o alojamento da psique no soma tornam-se mais consistentes surge o sentimento de sentir-se real, necessitando cada vez menos do ego da mãe. Jackie parece ter uma integração precária e sentir-se sob constante ameaça de esfacelamento, que se intensifica na idade adulta, provavelmente devido às pressões da carreira e à perda da proximidade com as pessoas que lhe proviam esse suporte emocional.

Para Jackie, estar só revela-se extremamente perturbador. Os sintomas iniciais da doença parecem eclodir no ápice desse conflito, quando Jackie encontra-se completamente desestruturada e afastando-se gradativamente de si mesma e do que havia construído até então. Hillary menciona que a única coisa que Jackie sentia ter construído, era uma carreira, sentindo falta de um lar e da família. No futuro, com o agravamento da doença, Jackie voltaria a encontrar uma possibilidade tranquilizadora na figura da enfermeira Ruth Ann, que faz as vezes da mãe ao cuidar tanto da saúde física de Jackie quanto emocional. Embora a doença continue progredindo, a preocupação genuína da enfermeira proporciona à Jackie cinco anos de aparente sensação de apaziguamento, até que a doença afeta sua vida de forma intensamente limitadora.

Quando falamos de psicoses, Santos (1999) explica que, para Winnicott, falhas sucessivas levariam a criança a desenvolver defesas igualmente vigorosas. Lembremos que as memórias relatadas sobre a vida de Jackie são narradas por seus irmãos, e através delas podemos apenas intuir que Jackie tinha um bom ambiente. Embora notemos episódios esporádicos que poderiam ter causado mudanças profundas no rumo do amadurecimento de Jackie, houve a possibilidade

de a criança atingir relativo grau de integração, ainda que uma clivagem fosse inegável. Pensando sobre isso, podemos nos indagar se o transtorno psicossomático não seria incorretamente descrito tanto entre as psicoses quanto a neuroses, pois o que existiria não seria uma clivagem definitiva entre a psique e o soma, mas sim um constante jogo de forças entre as possibilidades do si mesmo, bem como o alojamento da psique no soma e, de outro lado, as agonias primitivas exercendo constantes ameaças.

Se continuarmos a acompanhar Jackie em sua infância, podemos notar que a perda do avô não é o único fator traumático importante de ser mencionado. Embora não tenha intensidade psicótica como o vivido aos poucos dias de idade, o episódio da internação para a retirada das amídalas faz com Jackie, então com apenas quatro anos, viva uma forte sensação de abandono. Mais amadurecida, poderíamos acreditar que Jackie teria mais condições emocionais de lidar com o episódio, não fosse a possibilidade da sensação de estar revivendo novamente aquela ruptura que vivera nos primeiros dias de vida. Ao reencontrar os pais, ela relata que se sentiu só e que não era ouvida pelas enfermeiras, embora gritasse e chorasse muito.

Meses depois, se encanta com o som potente do violoncelo e, dali para frente, faz dele sua própria voz. Mais do que um hobby, ela precisa do instrumento junto dela e passa a carregá-lo por toda parte. É curioso que os ensinamentos musicais da mãe, através do método de Eurytmia, reforçam o vínculo tanto corporal quanto a possibilidade de expressão emocional de Jackie com o violoncelo. Visto desta forma, a genialidade de Jackie ao tocá-lo decorria do fato de sentir que o instrumento não era algo alheio a ela, um objeto a ser manipulado, e sim parte de si mesma, uma continuidade do seu ser.

Um aspecto que nos chama atenção na história de Jackie é que, durante boa parte da vida, sua ligação com o mundo se deu através da música. Assim como

quando o bebê encontra-se em dependência absoluta e a mãe faz o papel do ego auxiliar, podemos intuir que a música seja como sua casca, a qual separa Jackie do mundo ao mesmo tempo em que a coloca em contato com ele. O instrumento funcionaria como uma espécie de ego auxiliar. Jackie encontra sua linguagem pela expressão musical, como Hillary ressalta tantas vezes. No entanto, percebemos que as exigências que lhe são feitas ao elevar a música para o patamar profissional, fazem com que Jackie sintam-se atormentada por essa carga, pela escolha que tem de fazer entre a sua vida em família e a construção de um lar para si própria e a possibilidade de fazer aquilo que tanto ama.

Curiosamente, incapacitada de tocar o violoncelo e sob os cuidados da enfermeira Ruth, Jackie passa a interessar-se por poesia e encanta-se pelo mundo das palavras. Ela própria reconhece que gosta de investigar o dicionário através de novas formas que a permitam expressar-se.

Seria por mero acaso que os sintomas iniciais da doença a impedissem justamente de tocar? Por que a alteração na coordenação motora fina e não uma paralisia facial ou uma neurite ótica? O perigo de fazer esta afirmação seria o de cairmos na idéia de que a doença é símbolo do seu dilema, ou que seria uma escolha feita por Jackie. Embora ela provavelmente nunca tivesse feito esta escolha, Jackie sequer podia considerar parar de tocar uma opção. Mas é fato que a doença faz com que Jackie tenha o rumo da sua vida alterada e, pela primeira vez desde sua infância, a carreira musical não é mais sua realidade. É necessário ficar em casa, ser cuidada e dedicar-se a outras coisas que não a música; de certa forma, a doença parece restituir-lhe aquilo que a genialidade musical lhe tirara: outras possibilidades. Ter filhos, um lar, cuidar da casa, não sabemos se era um desejo real de Jackie, ou um desejo espelhado no desejo da sua irmã.

De qualquer maneira, no início de seu tratamento, tudo isso parece ser possível, já que nem Jackie e nem a família estavam cientes do potencial limitador da EM. A doença atribui um novo sentido à vida do seu portador. Se antes Jackie tinha a mãe e depois a música, quando o conflito irrompe, não se sabe se os meses de depressão que antecedem o diagnóstico são sintomáticos da doença ou se seriam o disparador do gatilho da EM, mas o que Jackie deixa claro é que, naquele momento, saber que estava realmente doente, era quase tranquilizador. Ter um mal físico, era melhor que sentir que estava enlouquecendo. A doença emerge quase como uma salvação, como se finalmente ela encontrasse sentido no turbilhão de sentimentos que a tomava. Como se a falta de controle das coisas que vinham ocorrendo em sua vida finalmente ganhasse uma razão. A doença faz com que Jackie possa sentir-se novamente apropriada de seu corpo, um exemplo do que Winnicott aponta como positivo do negativo. Mas a doença não é apenas apaziguadora, é real, e é agressiva. Jackie sofre com sua forma mais devastadora, numa época de ignorância, onde não havia tratamento que coibisse ou mesmo retardasse sua veloz degeneração.

Os tratamentos que Jackie procura, mostram-se não apenas ineficazes como muitas vezes agravam seu estado. Pouca atenção era dada ao emocional do paciente e, muitas vezes, Jackie encontra-se ora sozinha, ora nas mãos de profissionais que mal a conheciam. A própria família freqüentemente não tinha possibilidade de acompanhá-la, em especial o marido. Se as dinâmicas familiares são profundamente afetadas no caso de uma doença grave, quando ela gera dependência do portador o quadro torna-se ainda mais complicado. Não há como negar que existe forte correlação entre aspectos emocionais e a doença, no caso da EM não é possível o paciente viver sem notá-la, viver sem sua sombra e se

questionando constantemente se o que o está sentindo é, por exemplo, uma simples dormência de um membro ou se é o início de um surto mais grave.

Embora não seja possível discutirmos o aspecto fragmentado do tratamento da EM, pois na época sequer havia a possibilidade de reabilitação ou tratamentos alternativos para sintomas específicos, fazendo com que o prejuízo na qualidade de vida de Jackie fosse ainda maior, é importante ressaltar que a terapia parece ter tido um importante papel integrador para Jackie. Antes mesmo de ser diagnosticada com EM, Jackie passou a fazer terapia. Embora Hillary não mencione em seu livro até quando Jackie permanece em terapia, ela conta que há uma melhora visível no aspecto emocional, e que a irmã passa a partilhar certa confidencialidade com o terapeuta, procurando menos a ela e o cunhado, centralizando assim suas questões.

Temos poucas informações sobre o processo terapêutico para estudá-lo mais a fundo. Como a fala de Jackie e a locomoção foram gravemente afetadas, acredita-se que o tratamento tenha sido interrompido nesta época. Assim, não há como negar a necessidade de medicações e de acompanhamento médico, mas também não se deve negar a possibilidade do paciente tentar obter em terapia o sentimento de coesão psicossomática que a doença estaria exercendo. Talvez a cura da EM não possa dar-se unicamente pela terapia, visto que um processo auto-imune foi desencadeado. Da mesma forma, o tratamento médico que não leve em consideração que talvez a origem da EM e seu curso não estejam definidos em linhas genéticas e sim na história pregressa do indivíduo como um todo, encontre sempre uma barreira intransponível na ineficácia do seu tratamento, que estaria na própria gênese da doença.

Analisando a biografia de Jackie, podemos levantar suspeitas sobre uma série de acontecimentos que tornaria possível o surgimento da EM. Desde a possibilidade traumática que, a efeito, causariam uma integração precária da psique

no soma levando ao surgimento de um transtorno psicossomático como forma de defesa, passando pela constituição de um ego frágil e um “eu sou” precário, e até mesmo as suas fantasias sobre o próprio corpo. Pode-se também pensar em uma confluência de fatores que levariam ao desencadeamento de uma força tão intensa em busca da sensação de existir em seu próprio corpo que possibilitaria o surgimento da EM.

Durante sua vida, Jackie oscila intensamente. A própria Hillary comenta que a dualidade da situação emocional de Jackie a perturbava, ilustrando o que Winnicott fala sobre a cisão em pacientes psicossomáticos abranger tanto a psique-soma quanto causando clivagens em diversos aspectos da psique. Lembremos que as agonias impensáveis não acedem à percepção e tampouco à fantasia, e sem conteúdo representacional, como explica Santos (1999), ficam impossibilitadas de alcançar a simbolização; da mesma forma, a doença psicossomática não se constitui como símbolo de algo, como podemos perceber na história de Jackie, a doença é parte do conflito, uma solução precária.

Curiosamente, em certa passagem do livro, Hillary lembra estar brincando no tanque de areia com a irmã quando esta tinha apenas 9 anos. Jackie começa a falar sobre o futuro e lhe diz, em tom de confiança, que quando chegasse à vida adulta seria incapaz de andar ou se movimentar. Uma fantasia sobre seu corpo? Sobre suas possibilidades de existir? Um receio fundado nestas fantasias? Uma percepção de que já houve algo de errado com sua capacidade de se movimentar? Hipóteses impossíveis de confirmarmos, mas que nos levam a suspeitar que, de certa forma, Jackie deparara-se ainda cedo com parte do conflito que enfrentava e que talvez, o adoecer e a gênese da EM estejam localizados em um momento muito mais precoce do que poderíamos suspeitar se, estudássemos apenas a doença desconsideramos uma análise mais atenta a sua história de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa de caráter exploratório procurou construir uma ponte entre os temas Teoria do Amadurecimento e EM a fim de que pudéssemos tentar compreender a doença, assim como o próprio Winnicott buscou compreender certos transtornos psicossomáticos. Para tanto o estudo realizado debruçou-se sobre conceitos da teoria do amadurecimento a fim de compreendermos elementos essenciais para esclarecermos um pouco mais sobre a gênese dos transtornos psicossomáticos e procurou ilustrar o que foi discutido através da análise da biografia de Jacqueline du Pré, de forma que pudemos notar a importância da história pregressa do paciente na tentativa de compreender o surgimento da EM e seu curso, bem como as possibilidades de tratamento.

Devido à dificuldade de encontrar literatura sobre o tema na área de psicologia clínica, ressaltamos ser de extrema importância a realização de um estudo mais aprofundado sobre a EM a fim de compreenderem-se tanto os aspectos clínicos da doença quanto psicológicos. A premissa deste trabalho foi justamente a necessidade de um estudo mais articulado sobre o paciente e a sua doença, que possibilitasse seu atendimento como um ser constituído de psique e soma, que não podem ser dissociadas por seu cuidador, esperamos assim ter aberto uma porta para novas possibilidades de exploração do tema.

Embora essa pesquisa tenha optado por não seguir pela linha de estudo de casos clínicos, reconhece-se que este tipo de estudo enriquece as possibilidades de leitura e compreensão da teoria. Deixamos como sugestão, para posteriores estudos, a realização de pesquisas envolvendo portadores da EM, buscando discussões mais específicas, como o trabalho clínico do psicólogo e o

desenvolvimento da terapia junto à pacientes com EM, que não foi possível na realização desta pesquisa.

Acreditamos que se usualmente é possível falar com certa segurança da necessidade de amparo emocional do doente, por outro lado, o caminho a trilhar para investigarmos os aspectos subjetivos do paciente antes do diagnóstico e durante o curso da doença é muito mais delicado. Envolvem-se tanto aspectos subjetivos da paciente, quanto a resistência do meio médico para a possibilidade de compreensão de que o curso do amadurecimento do indivíduo, seus aspectos emocionais e sua história pessoal sejam muito mais que um pano de fundo para o que é a doença que se desenvolve, e sim parte de um todo articulado que é o ser humano. Assim, este trabalho dirigiu-se tanto a comunidade de psicólogos que atendem portadores com EM, quanto à comunidade médica, procurando instigar questionamentos que levem os profissionais à elaboração de uma abordagem mais integrada no atendimento de seus pacientes.

Por fim, se a EM é um transtorno psicossomático ou de fundo estritamente biológico não é uma resposta que ousaríamos dar, entretanto, analisando o caso de Jackie e o que estudamos até aqui, é impossível ignorar que a EM tem sim um forte componente psicossomático, pois fica evidente tanto o adoecer do soma quanto da psique sem que, a priori, necessitemos estabelecer qual é causa e qual é efeito. Estudando a teoria de Winnicott é improvável pensarmos o adoecer do soma sem considerarmos que a psique seja minimamente afetada, além, é claro, da influência do estado psíquico sob o adoecer do corpo. Assim, ao propor um debate sobre uma doença progressivamente incapacitante como esta não podemos deixar de notar como as dificuldades impostas pela doença afetam diretamente a capacidade do paciente lidar emocionalmente com a sua realidade. Desta forma podemos acreditar que o grau de amadurecimento emocional atingido pelo sujeito possibilitaria ou não

uma relação mais saudável com a sua doença. Entende-se aqui por saudável compreender sua situação, enfrentar os percalços da enfermidade, permitir-se adoecer, compreender os usos que faz desta doença, possibilitando uma melhor qualidade de vida e, por vezes, enlutar-se pelo sentimento de perda que pode acompanhar as seqüelas deixadas pela doença. Deixar de lado a importância da relação psique-soma é desconsiderar que o homem é um ser vivo no mundo, um indivíduo consciente da fragilidade da vida, tanto da possibilidade de adoecer quanto de morrer. No caso da doença, o indivíduo é trazido a um constante contato com seu soma, atento a seu corpo e sua finitude. Ignorar este fato é ignorar justamente aquilo que nos torna humanos. Lembremos que, segundo Winnicott, o último selo da saúde é quando podemos morrer, é apenas aí que culmina o processo de amadurecimento humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As citações das obras de Winnicott seguem a bibliografia compilada pelo Prof. Dr. Knud Hjulmand, do Departamento de Psicologia da Universidade de Copenhague, cujo critério é o ano da primeira publicação do artigo ou do livro do autor. A bibliografia feita pelo Prof. Dr. Knud Hjulmand foi reproduzida no número 2 do 1º volume de *Natureza Humana – Revista de Filosofia e Psicanálise*, 1999.

BALSIMELLI, S. F.; *Aspectos Emocionais na Esclerose Múltipla*. In: SANVITO, W. L.; TILBERY, P. T.; *Esclerose Múltipla no Brasil - Aspectos Clínicos e Terapêuticos*; 1ª. Ed. São Paulo, Editora Atheneu, 2005.

BANDEIRA, M. F.; BARBIERI, V.; *Personalidade e câncer de mama e do aparelho digestório*. In: *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 23, n. 3, Sept. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722007000300008&lng=en&nrm=iso>. access on 29 June 2009.

CALLEGARO, D.; *Aspectos Epidemiológicos*. In: SANVITO, W. L.; TILBERY, P. T.; *Esclerose Múltipla no Brasil - Aspectos Clínicos e Terapêuticos*; 1ª. Ed. São Paulo, Editora Atheneu, 2005.

COTTA, J. A. M.; - *Um corpo desabilitado – Estudo de um caso clínico*; Instituto brasileiro de Biosíntese. 2002. Disponível em: <<http://www.biosintese.com.br/template.php?cod=22>> Acesso em: 19 março 2006.

DIAS, E. O.; *A teoria do amadurecimento de D.W. Winnicott*. São Paulo, Editora Imago, 2003.

DU PRÉ, H. & DU PRÉ, P.; *Hillary and Jackie – A Genius in the family*. New York, Ballantine Books, 1997.

FERREIRA, R.; MENDES, M. F.; *Diagnóstico diferencial*. In: SANVITO, W. L.; TILBERY, P. T.; *Esclerose Múltipla no Brasil - Aspectos Clínicos e Terapêuticos*; 1ª. Ed. São Paulo, Editora Atheneu, 2005.

FORLENZA NETO, O.; - *Constituição do si-mesmo e transicionalidade*; *Revista Mente & Cérebro*, Col. Memórias da Psicanálise:Winnicott, n5, 2004 p.22-27, 2003.

HAASE, V. G.; *Psicologia da saúde e esclerose múltipla: perspectivas do modelo de stress e coping*. In: Laboratório de neuropsicologia do desenvolvimento – UFMG. Disponível em: <<http://Indufmg.blogspot.com/2005/10/psicologia-da-sade-e-esclerose-mltipla.html>> Acesso em: 22 de março de 2009

HISADA, S.; *Clínica do Setting em Winnicott*; 1ª.Ed., São Paulo, Editora Revinter, 2002. pág 37-50.

KELIAN, G. L. R.; *Critérios Diagnósticos*. In: SANVITO, W. L.; TILBERY, P. T.; *Esclerose Múltipla no Brasil - Aspectos Clínicos e Terapêuticos*; 1ª. Ed. São Paulo, Editora Atheneu, 2005.

LAURENTIIS, V.R. F.; *Aspectos somáticos da conquista do eu em D. W. Winnicott*, Dissertação de mestrado, PUC, 2008.

LEON, S. V. A.; *Genética na Esclerose Múltipla*. In: SANVITO, W. L.; TILBERY, P. T.; *Esclerose Múltipla no Brasil - Aspectos Clínicos e Terapêuticos*; 1ª. Ed. São Paulo, Editora Atheneu, 2005.

LOPARIC, Z.; - *Por uma psicanálise não-edipiana*; Revista Percurso, Revista de Psicanálise, n17, 2/1996 p.41-48.

MELLO FILHO, J.; *O ser e o viver*, 1ª.Ed., São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001.

MOREIRA, M.; *Aspectos Históricos*. In: SANVITO, W. L.; TILBERY, P. T.; *Esclerose Múltipla no Brasil - Aspectos Clínicos e Terapêuticos*; 1ª. Ed. São Paulo, Editora Atheneu, 2005.

PARENTE, S. M.; - *A criação da externalidade do mundo*; Revista Mente & Cérebro, Col. Memórias da Psicanálise:Winnicott, n5, p.16-20. 2009

PEDERIVA, P. L. M.; *O corpo no processo de ensino-aprendizagem de instrumentos musicais: percepção de professores*; Tese de mestrado defendida em 2005. Disponível em: <http://www.btdtd.ucb.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=233>. Acesso em: 09 setembro 2009.

PERES, R. S.; *O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall*; Revista de Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652006000100014&lng=en&nrm=iso>. Acessado 29 June 2009.

SANTOS, M. A.; *A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana: uma contribuição à clínica das psicoses*; Psicologia Reflexão Crítica, vol.12, nº.3, 1999. Disponível em<http://test.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acessado Setembro 2008.

SILVA JR., M. R.; *O manejo da regressão na situação analítica*. Revista Percurso. 2º. semestre de 1996, ano IX, no.17, p.15-17.

SONTAG, S.; *A doença como metáfora*; 1ª. Ed., São Paulo, Cia das letras, 2007.

TILBERY, C. P.; *Quadro Clínico*. In: SANVITO, W. L.; TILBERY, P. T.; *Esclerose Múltipla no Brasil - Aspectos Clínicos e Terapêuticos*; 1ª. Ed. São Paulo, Editora Atheneu, 2005.

TILBERY, C. P.; *Exame do Paciente com Esclerose Múltipla*. In: SANVITO, W. L.; TILBERY, P. T.; *Esclerose Múltipla no Brasil - Aspectos Clínicos e Terapêuticos*; 1ª. Ed. São Paulo, Editora Atheneu, 2005.

TILBERY, C. P.; *Tratamento Sintomático*. In: SANVITO, W. L.; TILBERY, P. T.; *Esclerose Múltipla no Brasil - Aspectos Clínicos e Terapêuticos*; 1ª. Ed. São Paulo, Editora Atheneu, 2005.

TILBERY, C. P.; *Tratamento com Glicocorticóides, Imunomoduladores e Outras Drogas.*. In: SANVITO, W. L.; TILBERY, P. T.; *Esclerose Múltipla no Brasil - Aspectos Clínicos e Terapêuticos*; 1ª. Ed. São Paulo, Editora Atheneu, 2005.

WINNICOTT, D. W.; *A Natureza Humana*. 1ª. Ed. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1990.

— 1945c [1944]: “Alimentação do bebê”, in Winnicott 1964a (W7).

— 1945d: “Desenvolvimento emocional primitivo”, in Winnicott 1958a (W6).

— 1945h: “Para um estudo objetivo da natureza humana”, in Winnicott 1996a (W21).

— 1949c: “O bebê como pessoa”, in Winnicott 1964a (W7).

— 1949k: “O desmame”, in Winnicott 1964a (W7).

— 1953a [1952]: “Psicose e cuidados maternos”, in Winnicott 1958 a (W6).

— 1953c [1951]: “Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais”, in Winnicott 1971a (W10).

- 1954a [1949]: “A mente e sua relação com o psique-soma”, in Winnicott 1958a (W6).
- 1955c [1954]: “A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal”, in Winnicott 1958a (W6).
- 1958a (W6). *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*, Londres: Tavistock Publications. Trad. bras. de Davy Bogomoletz: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- 1958j : “O primeiro ano de vida: uma nova visão sobre o desenvolvimento emocional”, in Winnicott 1965a (W8).
- 1958m [1956]: “Pediatria e neurose na infância”, in Winnicott 1958a (W6).
- 1958n [1956]: “A preocupação materna primária”, in Winnicott 1958 a (W6).
- 1963a [1962]: “Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica”, in Winnicott 1965b (W9).
- 1963c: “Os doentes mentais na prática clínica”, in Winnicott 1965b (W9).
- 1964a (W7) *The child, the family and the Outside World*, Londres: Penguin Books. Trad. bras. de Álvaro Cabral: *A criança e seu mundo*, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971.
- 1965a (W8): *The Family and Individual Development*, Londres: Tavistock Publications Ltd. Trad. bras. de Jane Corrêa: *A família e o desenvolvimento do indivíduo*, Belo Horizonte: Interlivros, 1980.
- 1965b (W9): *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, Londres: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. Trad. bras.: *O ambiente e os processos de maturação*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- 1965h [1959]: “Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?”, in Winnicott 1965b (W9).
- 1965m [1960]: “Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self”, in Winnicott 1965b (W9).
- 1965n [1962]: “A integração do ego no desenvolvimento da criança”, in Winnicott 1965b (W9).
- 1965r [1963]: “Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo”, in Winnicott 1965b (W9).
- 1965vd [1963]: “Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil”, in Winnicott 1965b (W9).
- 1965vi: “Introdução” à Winnicott 1965b (W9).

- 1966d [1964]: “Transtorno psicossomático – A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos.”, in Winnicott 1989a (W19).
- 1968e [1967]: “A delinquência como sinal de esperança”, in Winnicott 1986 (W14).
- 1970a: “A dependência nos cuidados infantis”, in Winnicott 1987a (W16).
- 1970b [1969]: “A experiência mãe-bebê de mutualidade”, in Winnicott 1989a (W19).
- 1971a (W10). *Playing and Reality*, England: Penguin Books. Trad. bras.: *O brincar e a realidade*, Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- 1971b (W11) *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*, Londres: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. Trad. bras.: *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*, Rio de Janeiro: Imago, 1984.
- 1971d [1970]: “As bases para o si-mesmo no corpo”, in Winnicott 1989a (W19).
- 1971h: “Sonhar, fantasiar e viver: uma história clínica que descreve uma dissociação primária”, in Winnicott 1971a (W10).
- 1971vb: Introdução à *O brincar e a realidade*, in Winnicott 1971a (W10).
- 1974: “O medo do colapso”, in Winnicott 1989a (W19).
- 1984a (W13): *Deprivation and Delinquency*, Londres: Tavistock Publications Ltd. Trad. bras.: *Privação e Delinquência*, São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- 1987a (W16): *Babies and Their Mothers*, Londres: Free Association Books. Trad. bras.: *Os Bebês e suas Mães*, São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- 1987e [1966]: “A mãe dedicada comum”, in Winnicott 1987a (W16).
- 1988 (W18): *Human Nature*. Londres: Winnicott Trust. Trad. bras.: *Natureza Humana*, Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- 1989a (W19): *Psychoanalytic Explorations*. Londres: Karnac Books. Trad. bras.: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- 1989b [1966]: “Ausência e presença de um sentimento de culpa, ilustradas em duas pacientes”, in Winnicott 1989a (W19).
- 1989d [1965]: “O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família”, in Winnicott 1989a (W19).
- 1989f [1967]: “D.W.W. sobre D.W.W.”, in Winnicott 1989a (W19).

- 1989g [1939]: “Desilusão precoce”, in Winnicott 1989a (W19).
- 1989h [1957]: “A excitação na etiologia da trombose coronária”, in Winnicott 1989a (W19).
- 1989m [1964]: “A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise”, Winnicott 1989a (W19).
- 1989vi [1961]: “Psiconeurose na infância”, in Winnicott 1989a (W19).
- 1989vm [1969]: “Transtorno (disorder) psicossomático – Nota adicional sobre transtorno psicossomático”, in Winnicott 1989a (W19).
- 1989vt [1968]: “Ilustração clínica de ‘O uso de um objeto’”, in Winnicott 1989a (W19).
- 1989xh [1968]: “Raízes da agressão”, parte do cap. 53 de Winnicott 1989a (W19).
- 1993a (W20): *Talking to Parents*, Londres: The Winnicott Trust. Trad. bras.: *Conversando com os pais* São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- 1996a (W21) *Thinking about Children*, Londres: Karnac Books
Pensando sobre crianças Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- 1996k [1948]: “Necessidades ambientais; os estágios iniciais; dependência total e independência essencial”, in Winnicott 1996a (W21).
- YBARRA, M. I.; et al.; *Transtorno bipolar e esclerose múltipla*. In: Arquivos de Neurologia e Psiquiatria, vol.65, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0004-282X2007000700016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 30 abril 2009