

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE  
CURSO DE PSICOLOGIA

PEDRO MARKY SOBRAL

CONVERSA COM A PARTE PSICÓTICA DA PERSONALIDADE:  
Uma abordagem psicanalítica do acompanhamento terapêutico

SÃO PAULO

2015

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE  
CURSO DE PSICOLOGIA

PEDRO MARKY SOBRAL

CONVERSA COM A PARTE PSICÓTICA DA PERSONALIDADE:  
Uma abordagem psicanalítica do acompanhamento terapêutico

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado como exigência parcial para  
graduação no curso de Psicologia, sob  
orientação da Prof<sup>a</sup> Maria Claudia  
Tedeschi Vieira.

SÃO PAULO

2015

## Conversa com a pedra

Wisława Szymborska

Bato à porta da pedra.

- Sou eu, deixa-me entrar.

Quero penetrar no teu interior,  
olhar ao redor,  
prender-te como a respiração.

- Sai - diz a pedra.

Sou hermeticamente fechada.

Mesmo quebradas em pedaços  
vamos ficar hermeticamente fechadas.

Mesmo trituradas em grãos  
não vamos deixar ninguém entrar.

Bato à porta da pedra.

- Sou eu, deixa-me entrar.

Venho por curiosidade pura.

A vida é a única ocasião para ela.

Pretendo passear pelo teu palácio,  
e depois visitar a folha e a gota d'água.

Não tenho muito tempo para tanto.

Minha mortalidade deveria te comover.

- Sou de pedra - diz a pedra -

e sou obrigada a manter a seriedade.

Sai daqui.

Não tenho os músculos do riso.

Bato à porta da pedra.

- Sou eu, deixa-me entrar.

Ouvi dizer que em ti há grandes salas  
vazias,

nunca vistas, inutilmente lindas,

surdas, sem eco de passos de quem

quer que seja.

Reconhece, tu mesma não sabes muito  
sobre isto.

- Salas grandes e vazias - diz a pedra -  
mas nelas lugar não há.

Lindas, talvez, mas além do gosto  
de teus pobres sentidos.

Podes me conhecer, mas me provar  
nunca.

Com toda a minha superfície me volto  
para ti, mas com todo o meu interior te  
dou as costas.

Bato à porta da pedra.

- Sou eu, deixa-me entrar.

Não busco em ti um refúgio para a  
eternidade.

Não sou infeliz.

Não estou desabrigada.

Meu mundo é digno de retorno.

Vou entrar e sair com as mãos vazias.

E como prova de que realmente estive  
presente,

não vou mostrar nada além de palavras  
às quais ninguém dará fé.

- Não vais entrar - diz a pedra -

Falta a ti o sentido da participação.

Nenhum sentido substitui o sentido da  
participação.

Mesmo a visão elevada até à  
clarividência

não serve para nada sem o sentido da  
participação.

Não vais entrar, tens apenas uma

noção deste sentido,

apenas o seu germe, sua imagem.

Bato à porta da pedra.

- Sou eu, deixa-me entrar.

Não posso esperar dois mil séculos  
para entrar debaixo do teu teto.

Se não crês em mim - diz a pedra -

Dirige-te à folha, ela te dirá o mesmo

que eu,

e à gota d'água, que te dirá o mesmo  
que a folha.

Por fim pergunta aos fios de teu próprio  
cabelo.

Um riso se alarga em mim, um riso, um  
riso enorme,

que eu não sei rir.

Bato à porta da pedra.

- Sou eu, deixa-me entrar.

- Não tenho porta - diz a pedra.

Gostaria de agradecer...

Aos meus pais, por terem me fornecido um ambiente suficientemente ótimo. Obrigado por terem viabilizado minha formação e, principalmente, o meu processo terapêutico. Com vocês pude aprender que o respeito pelas diferenças e pelas limitações individuais é o exercício mais importante quando se tem a intenção de conviver na companhia de outros. Tenho certeza de que inúmeras vezes vocês tiveram que realizar a mesma tarefa, e por isso eu gostaria de agradecê-los novamente. Tenho orgulho de ter vivido os últimos 22 anos ao lado de pessoas tão éticas e tão boas.

À minha irmã Paula, pela admiração mútua. Posso imaginar o quanto poderei aprender com os muitos artigos da sua autoria, mais do que já aprendo com suas palestras na mesa do almoço e quando me dá bronca como se fosse a irmã mais velha. Obrigado por me dar a certeza de que nunca estarei sozinho no mundo.

À minha terapeuta Heloisa Opice, por ter sido a primeira pessoa a me introduzir à magia da psicanálise. Mesmo em momentos nos quais o mundo parece incompreensível, aprendi que é sempre possível contar com o divã, com a empatia e com a escuta de um profissional implicado. Agradeço infinitamente por ter me fornecido um espaço no qual eu sempre pude ser ouvido independentemente das circunstâncias, da minha razão ou da minha loucura.

À professora Chu Cavalcante de Carvalho, uma das pessoas mais disciplinadas e generosas que já conheci, sem a qual este trabalho jamais poderia ter sido sequer visualizado. Obrigado por ter possibilitado o início da minha profissionalização, por ter aberto os meus olhos para área da saúde mental e por ter acreditado na minha capacidade de atuar antes mesmo que eu pudesse enxergá-la. Obrigado pela confiança, mas também por servir como um grande exemplo de professora, supervisora e amiga.

À professora Elisa Maria de Ulhoa Cintra, uma das minhas maiores influências na psicanálise, cuja contribuição em minha breve trajetória eu considero tão significativa quanto a de qualquer autor da grandeza de Freud, Klein ou Winnicott. Espero um dia poder alcançar interlocutores através de uma linguagem tão poética, humana e viva quanto aquela proferida em todas as suas

aulas e em seus textos inspiradores. Obrigado por me ensinar que psicanálise se faz com arte e com o próprio sangue.

À minha orientadora professora Maria Claudia Tedeschi Vieira, que sempre acreditou na viabilidade e na relevância deste trabalho. Ter a confiança de uma profissional que é uma grande referência na área da saúde mental foi fundamental para que eu pudesse investir na pesquisa e realizá-la sem qualquer tipo de insegurança. Seus questionamentos e provocações também foram contribuições importantes, uma vez que me obrigaram a reorganizar minhas estratégias e repensar alguns dos conteúdos do texto, enriquecendo o resultado final. Obrigado pelos conselhos e pela qualidade da sua orientação.

À professora Paula Regina Peron, por elucidar de maneira solícita e brilhante muitas das minhas dúvidas conceituais do mais alto grau de complexidade. Obrigado por instruir seus alunos de maneira a nunca nos privar de um pensamento autônomo e por ser uma grande incentivadora do trabalho intelectual.

Ao professor Jorge Broide, cujos ensinamentos eu me pego repetindo mental e verbalmente em muitos contextos. Obrigado pelas histórias e por ser tão dedicado à missão de ensinar aos seus alunos que a psicanálise transcende as quatro paredes de um consultório, noção que foi de extrema importância na confecção deste trabalho e em toda a minha atuação profissional até aqui.

À professora Tânia Cociuffo, por conduzir com delicadeza e sensibilidade as aulas da disciplina de psicopatologia. Além de nos ensinar a abordar a psicose de forma humana, também demonstrou grande resiliência frente a situações claramente injustas, postura muito apreciada por todos nós. Obrigado pela ajuda na análise do caso clínico usado neste trabalho.

Ao professor Claudinei Affonso, pelo apoio e por ter me proporcionado um dos estágios mais importantes da minha formação, o qual também serviu como um divisor de águas para que eu desenvolvesse uma visão de mundo mais crítica e humana. Obrigado por ensinar com irreverência e ternura.

À professora Silvana Rabello, pela proatividade e por enfatizar a responsabilidade social do psicanalista. Obrigado por acreditar que é possível mudar o mundo.

A alguns dos muitos outros mestres com os quais tive o privilégio de estudar, os quais me tocaram, ao mesmo tempo, pelo vasto conhecimento teórico e pela dedicação à transmissão deste. Gostaria de mencionar os nomes de Lurdinha Teixeira, Bel Kahn, Agnaldo Gomes, Graça Gonçalves, Beth Brandão, Miriam Debieux, Anete Fernandes, Alexandre Bellis, Flavia Hime, Maurício Porto, Iso Ghertman e Ricardo Radin.

Aos corajosos profissionais da área de saúde mental com os quais tive a oportunidade de trabalhar, sobretudo Erika, Lúcia, Ana Claudia e Carol. Obrigado pela inspiração e pelo auxílio.

Ao meu querido amigo Rafael, cujo sucesso acadêmico a maioria dos estudantes de graduação não pode sequer vislumbrar. Quem o conhece não tem dúvidas de que se trata de um futuro psicanalista com cargos importantes na IPA e de um profissional do mais alto nível de competência. Já imagino a frequência com a qual utilizarei seu nome como citação e seus artigos nas referências dos meus trabalhos. Obrigado por acreditar que eu também posso ter um espaço dentro da psicanálise, pela capacidade de *rêverie*, pelas supervisões e pelas risadas. À Lisa, por mais algumas risadas, e pelas conversas intermináveis sobre assuntos que até nós mesmos reconhecemos como sendo ridículos, mas de extrema importância. À Alessandra, pelo carinho e por compartilhar comigo a experiência de fazer um trabalho de conclusão de curso, entre inúmeras outras coisas.

A quem já não faz mais parte da minha vida, mas que de alguma maneira deixou resquícios da sua passagem, neste trabalho e nos que estão por vir.

Por último, mas mais importante, aos meus amigos puquianos, que fizeram destes cinco anos os melhores e mais marcantes da minha vida. Tive a sorte de frequentar um ambiente no qual me deparei diariamente com o calor e o afeto de pessoas que terão a minha eterna gratidão. Muito obrigado Mia, Larissa, Maurício, Andrei, Anna, Gabrielas, Luiza, Betina, Ana Carolina, Jásio, Sofia, Renatas e Fernanda, pela possibilidade de diálogo e de transformação.

Ao CDA, pelo sentimento de pertencimento a um grupo e pela satisfação de ter encontrado na universidade pessoas com as quais me identifiquei tanto. À Ana, pela delicadeza e por me surpreender diariamente, como pessoa e como futura psicóloga. À Ana Luiza, pela forma autêntica de se posicionar em meio às pessoas e pelo frescor, que nunca passam despercebidos. À Gabriela Oliva, pela espontaneidade contagiante e pelo companheirismo, dentro e fora da PUC. À Livia, pela alegria e pelo senso de humor irretocável, que também me fazem rir. À Raquel, pela sintonia cósmica e pela comunicação, com e sem palavras. Obrigado a todos pelas muitas lembranças.

Pedro Marky Sobral

Título: Conversa com a parte psicótica da personalidade: uma abordagem psicanalítica do acompanhamento terapêutico

2015

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Maria Claudia Tedeschi Vieira

## RESUMO

Com a substituição das internações em hospitais psiquiátricos por um novo modelo de atenção psicossocial em saúde mental, o acompanhamento terapêutico de abordagem psicanalítica passou a ser uma das estratégias clínicas empregadas no tratamento de pacientes psicóticos. Considerando esse contexto, a presente pesquisa objetiva compreender a função do acompanhante terapêutico na atualidade, assim como suas respostas frente ao inquietante contato com a parte psicótica da personalidade de seus pacientes. Foi utilizada como base a leitura de autores como Freud, Klein, Bion, Segal, Rosenfeld e Winnicott, mais especificamente no que diz respeito à teoria e à técnica do tratamento psicanalítico de pacientes psicóticos, além dos textos de alguns autores contemporâneos. A partir da exposição de um caso clínico de um paciente com diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia, elaborou-se uma reflexão quanto ao desenvolvimento de um trabalho ético e relevante por parte do acompanhante terapêutico, apontando possíveis formas de intervenção sobre os casos atendidos e do manejo das eventuais respostas contratransferenciais que o terapeuta possa manifestar.

Palavras-chave: psicanálise, psicose, acompanhamento terapêutico, identificação projetiva, contratransferência.



## SUMÁRIO

|       |                                                                                |    |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| I.    | Introdução.....                                                                | 10 |
| II.   | Método.....                                                                    | 17 |
| III.  | Freud.....                                                                     | 19 |
| IV.   | Klein.....                                                                     | 27 |
| V.    | Pós-kleinianos.....                                                            | 34 |
| VI.   | Winnicott.....                                                                 | 40 |
| VII.  | A clínica da psicose e a função do acompanhante terapêutico.....               | 47 |
| VIII. | As respostas do acompanhante terapêutico frente ao paciente psicótico.....     | 56 |
| IX.   | Caso clínico de um paciente com diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia..... | 62 |
| X.    | Conclusão.....                                                                 | 77 |
| XI.   | Referências.....                                                               | 85 |

## I. Introdução

*A loucura não estaria há séculos escondida se o seu reflexo não tivesse espelho dentro do monstro que mora nos homens.*

*(Blum, 2006, p. 68).*

A seguinte situação não é rara: ir ao encontro de situações intrigantes, as quais são processadas lentamente e descritas com dificuldade, mesmo quando são repetidas mentalmente inúmeras vezes e ocupam um lugar privilegiado no pensamento. Seja pela escassez de palavras que deem conta de uma descrição precisa ou pela incerteza causada por esse tipo de experiência, o estranhamento gera impasse e sentimentos ambivalentes, mas dificilmente é negligenciado. Seria possível pensar no sentimento de inquietação como algo frequentemente causado pelo contato com algo novo e desconhecido, que demanda uma intervenção para a qual não se possui instrumentos, ocasionando, conseqüentemente, uma sensação paralisante e ameaçadora. Um sólido exemplo disso seria a trajetória percorrida por graduandos em psicologia, que, em determinado momento da formação, têm um primeiro contato com a complexa área da saúde mental, seja por meio de disciplinas de psicopatologia ou de estágios extracurriculares.

Foram situações estranhas e angustiantes vividas no acompanhamento terapêutico de um paciente com diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia que levaram à problemática deste trabalho. Dessa forma, surgiu o interesse em compreender a proveniência desse sentimento de estranheza mobilizado no acompanhante terapêutico, assim como suas possíveis implicações na forma de abordar o paciente psicótico. Tendo em vista o grande investimento depositado em discussões acerca das novas formas de manejar a loucura, o estudo do efeito que o trabalho com a psicose pode causar é atual e relevante, principalmente quando se objetiva aprimorar aspectos técnicos e refletir sobre a ética das modalidades de tratamento desses pacientes. Em um primeiro momento, é possível inferir que a inexperiência inerente a um aluno de graduação possa ser uma boa forma de justificar a dificuldade encontrada no atendimento de pacientes com diagnósticos psiquiátricos. Entretanto, o desenvolvimento do trabalho apontou que essa hipótese era insuficiente, visto que outros

trabalhadores da saúde mental, alguns já bastante experientes, compartilhavam de sentimentos semelhantes.

Freud (2010c [1919]) se propôs a explicar o motivo pelo qual vivências estranhas e angustiantes são relatadas de maneira tão confusa e escorregadia. Em seu texto *O inquietante* (2010c [1919]), Freud busca desconstruir a suposta equivalência traçada entre o que causa inquietação e o que não é familiar, ou seja, sugere que está em jogo uma angústia advinda justamente da familiaridade, da emergência de algo que deveria estar oculto, mas que é suscitado por determinadas vivências. Assim, aquilo que é inquietante está alojado no fato de não ser totalmente desconhecido, mesmo tratando-se de um conhecimento que permanece velado, no nível inconsciente. O contato com a loucura é citado por Freud como uma vivência que mobiliza o inquietante, pois os sujeitos se deparam com “a manifestação de forças que não suspeitavam existir no seu próximo, mas que sentem obscuramente mover-se em cantos remotos da sua própria personalidade” (2010c [1919], p. 353).

As ideias de Freud (2010c [1919]) sobre o efeito inquietante da loucura levam a reflexões quanto às práticas utilizadas no tratamento de psicóticos ao longo da história. A hospitalização integral garantia que os pacientes permanecessem isolados e privados do contato social. Ao prender os “doentes mentais” atrás de portões fechados, os cidadãos sãos evitavam entrar em contato com as forças obscuras de suas próprias personalidades identificadas por Freud. Na segunda metade do século XX a política dos hospitais psiquiátricos passou a ser questionada na Europa e nos Estados Unidos, o que deu espaço para experiências inovadoras como as realizadas por Franco Basaglia nas cidades de Gorizia e Trieste, na Itália, entre as décadas de sessenta e setenta. O movimento antimanicomial italiano fez grandes esforços para substituir os hospitais psiquiátricos por dispositivos como os Centros de Saúde Mental espalhados por diversas regiões dessas cidades. A “Lei Basaglia” instituída em 1978 na Itália e marcou a primeira vitória significativa da luta antimanicomial italiana, e com a lei implementada, os hospitais psiquiátricos da forma como eram conhecidos até então chegaram ao seu fim.

Um novo modelo assistencial de saúde mental foi criado, o que significa que o modelo psiquiátrico, centrado na hospitalização e no tratamento da doença

mental, foi substituído pelo modelo da atenção psicossocial, que considera o sujeito contido na psicose e defende a sua circulação pelos mais diversos espaços sociais. A mudança do modelo assistencial de saúde mental e da política de proteção dos direitos dos doentes mentais no Brasil foi garantida oficialmente com a lei da Reforma Psiquiátrica brasileira (lei 10.216), promulgada apenas no ano de 2001. Porém, antes disso, o movimento da luta antimanicomial brasileira já avançava por meio de um diálogo com o movimento antimanicomial italiano e de visitas de Basaglia ao Brasil. No final da década de setenta foram criados congressos dos trabalhadores de saúde mental e, desde o dia 18 de maio de 1988, é comemorado o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Amarante (2013) descreve o novo modelo de atenção psicossocial como uma rede de relações entre “sujeitos que escutam e cuidam – médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre muitos outros atores” (p. 47). Considerando que o sujeito psicótico ao qual nos referimos não está mais trancafiado dentro de um manicômio, mas inserido na dinâmica social, são acrescentados a esse grupo familiares, amigos, vizinhos e os demais membros da comunidade. Visto que a evolução do campo da saúde mental é um processo social em constante transformação, ao qual são acrescentadas sempre novas estratégias (AMARANTE, 2013), o acompanhamento terapêutico surge como uma das maneiras utilizadas na contemporaneidade para tratar a psicose, sendo uma modalidade de clínica ampliada que pode utilizar recursos teóricos de diversas abordagens psicológicas, mas que leva em conta o percurso histórico da luta antimanicomial e o lugar que o psicótico tem o direito de ocupar na sociedade. Santa Cruz (2005) considera o movimento da reforma psiquiátrica brasileira

-[...]uma demonstração genuína de humildade e de rendição diante do trágico da loucura, amplia suas estratégias clínicas, inaugurando a chamada “clínica ampliada”, por reconhecer que a loucura é um modo diferente de subjetivação [...]- (p. 23).

Já Hermann (2010) localiza o acompanhante terapêutico como agente central na produção de questionamentos quanto aos paradigmas clínicos e teóricos da luta antimanicomial. O autor localiza os primórdios da função do acompanhamento terapêutico no trabalho do auxiliar psiquiátrico, que

acompanhava os pacientes institucionalizados em tarefas do cotidiano, muitas vezes movimentando-os para fora do espaço do hospital psiquiátrico. Na década de sessenta, na Argentina, surgiu o “amigo qualificado”, um funcionário da instituição psiquiátrica responsável pelo acompanhamento individual de pacientes psiquiátricos com demandas terapêuticas mais urgentes. Com a experiência de Basaglia no manicômio de Trieste, passou a ser constatada a dimensão terapêutica da reintegração do psicótico na sociedade e da sua circulação por espaços públicos, características presentes no trabalho de acompanhamento terapêutico dos dias de hoje. Dentro desse contexto, a psicanálise aceita um enorme desafio: o de reorganizar seus instrumentos teóricos e técnicos visando à criação de uma clínica contemporânea da psicose. O ponto de partida do acompanhamento terapêutico é a formação de uma aliança com o sujeito contido na loucura, quem não deve ser silenciado ou negligenciado.

Se o inquietante reside no que ao mesmo tempo é estranho e familiar, a clínica da psicose tem a propriedade de aproximar o terapeuta de aspectos desconhecidos de seu próprio psiquismo. Dessa forma, os desafios do acompanhamento do psicótico são tão grandes quanto a nobreza da proposta de inclusão. Um dos obstáculos observados no acompanhamento terapêutico é o desgaste do acompanhante, que se depara com um trabalho muitas vezes insalubre. Winnicott (1982 [1949]) enfatiza que a dificuldade de lidar com psicóticos não é encontrada exclusivamente pelo terapeuta, mas também pelos demais trabalhadores da saúde mental e integrantes da rede de relações da atenção psicossocial.

Uma das dificuldades é a vivência de situações repetitivas a partir do contato com a loucura, que se traduz na necessidade de reproduzir a mesma fala incontáveis vezes na tentativa de desenvolver diálogos, ou nos momentos nos quais o terapeuta presencia a repetição das mesmas situações dia após dia, atendimento após atendimento. Um vínculo inconsistente surge como resultado de um difícil diálogo entre as duas partes: por um lado, as dificuldades encontradas pelo psicótico em manifestar desejos próprios, produzir falas inteligíveis, aderir ao tratamento oferecido e criar novos cenários; por outro, a retirada de investimento por parte dos profissionais da saúde e dos familiares do

paciente, os quais por vezes desistem das tentativas de alcançar alguém que parece inacessível. A natureza da repetição apresentada pelo psicótico será um dos pontos a serem explorados neste trabalho. Com a finalidade de introduzir a discussão, recorreremos novamente ao texto de Freud sobre *O inquietante* (2010c [1919]), desta vez para contemplar a ideia de repulsa ao repetitivo, a aquilo que não cria algo novo e não avança de maneira significativa. Freud aponta que

também com outra série de experiências notamos, sem dificuldade, que apenas o fator da repetição não deliberada torna inquietante o que ordinariamente é inofensivo, e impõe-nos a ideia de algo fatal, inelutável, quando normalmente falaríamos apenas de acaso (2010c [1919], p. 355).

A experiência clínica mostra que, por conta da complexidade do trabalho a ser desenvolvido pelo acompanhante terapêutico, não é suficiente tomar apenas um grande autor como referência, mas recorrer à literatura de alguns dos pioneiros da psicanálise com pacientes psicóticos, assim como autores contemporâneos que se dedicam ao estudo da saúde mental. Santa Cruz (2005) explica que a coletividade pretendida pelo movimento antimanicomial pressupõe a objeção a um pensamento respaldado exclusivamente por autorias individuais, devendo ser priorizado o estudo de uma multiplicidade de autores, que possam fornecer novas ferramentas de pesquisa. Para Bezerra Jr.

o pluralismo teórico surge, assim, não como uma medida destinada a simplesmente acomodar as várias filiações teóricas e preferências disciplinares existentes no campo da clínica antimanicomial, mas como uma posição epistemológica estratégica, que recusa a pretensão de supremacia teórica desta ou daquela disciplina, e adota uma perspectiva clínica pragmática, na qual a escolha dos instrumentos e caminhos terapêuticos decorre de uma avaliação do contexto singular de cada caso – desde que contemplado o compromisso ético de sustentar e ampliar a capacidade normativa daquele que está sendo tratado (2007, p. 26).

Dessa forma, fica evidente a necessidade de escolher alguns autores para que seja delimitado um percurso de revisão bibliográfica que contemple diferentes formas de abordar os aspectos teóricos e clínicos do acompanhamento terapêutico de psicóticos. Para este trabalho, foram escolhidos Freud, Klein, diversos autores pós-kleinianos, Winnicott e autores contemporâneos que trabalham com pacientes psicóticos. Freud (2010a [1914b, 1915], 2010d [1933b], 2014 [1916-1917b]) alterna entre a curiosidade e o pessimismo quando se refere à possibilidade de utilizar a psicanálise no

tratamento de pacientes graves, levantando questionamentos que orientam o estudo da clínica da psicose e apresentando as diferenças fundamentais entre a neurose e a psicose. A compreensão de alguns de seus conceitos é o ponto de partida para qualquer trabalho com pacientes psicóticos, sendo o narcisismo, a pulsão de morte e a compulsão à repetição alguns dos conceitos discutidos nesta pesquisa.

Já Klein (1991 [1946, 1948, 1952, 1957, 1960, 1963]) traz valiosíssimas contribuições à compreensão da esquizofrenia, sobretudo a partir do estudo do mundo interno do bebê e da formulação dos conceitos de identificação projetiva, de posição esquizoparanoide, de angústia de caráter persecutório e de relação de objeto parcial. A ideia da alternância entre as posições esquizoparanoide e depressiva leva à constatação de que o sujeito neurótico também está próximo de vivências semelhantes às dos psicóticos, mesmo que em menor escala: a ameaça da angústia persecutória, o estabelecimento de relações de objeto parciais e a utilização dos mecanismos de cisão e projeção. Bion (1984 [1953, 1956, 1957b, 1957c, 1958], 1991 [1957a, 1959, 1962]) continua essa reflexão com a diferenciação entre as partes da personalidade psicótica e não-psicótica, presentes em todo sujeito psíquico. Algumas de suas muitas outras contribuições incluem a ampliação do conceito de identificação projetiva, considerada por ele o elo de ligação possível a ser estabelecido pelo psicótico, assim como observações relevantes acerca da técnica da análise destes pacientes.

Segal (1991 [1956], 1982, 1988) e Rosenfeld (1988, 1991 [1952, 1971]) também colaboraram significativamente para o desenvolvimento da técnica kleiniana de abordar pacientes psicóticos. Outros autores pós-kleinianos cujas formulações serão acrescentadas ao trabalho são Spillius (1991, 1994), Steiner (1994 [1987]), Feldman (1994), O'Shaughnessy (1994), Meltzer (1998), Caper (2002), Ogden (1996) e Pick (1985). Desse modo, a identificação projetiva conforme descrita por Klein e seus seguidores é um conceito crucial para compreender o mecanismo por meio do qual a loucura do paciente é sentida no interior do terapeuta, devendo ser, preferivelmente, contida e metabolizada por ele. Rosenfeld (1991 [1971]) diferencia a identificação projetiva comunicativa da identificação projetiva evacuativa, o que auxilia o terapeuta a diferenciar a

utilização normal da identificação projetiva de sua manifestação patológica, a qual seria predominante no funcionamento psicótico.

Winnicott (1982 [1949, 1956], 2000 [1951, 1952], 1983 [1958, 1959-1964, 1960, 1962, 1963a, 1963b], 1996 [1967]) reforça a importância do ambiente suficientemente bom no desenvolvimento de um sujeito saudável e ressalta a necessidade de modificar a prática clínica padrão para que essa população possa ser atendida pelos psicanalistas, antecipando em seus textos, de certa forma, a função do acompanhante terapêutico. Com o objetivo de adaptar-se às demandas de seus pacientes, Winnicott elaborou “procedimentos clínicos diferentes do tratamento psicanalítico “padrão”. [Tais] procedimentos [...] ser[iam] agrupados como formas daquilo que o autor denominou análise modificada [...]” (DEUS, 2011, p. 122). Suas reflexões referentes à “capacidade para estar só” (WINNICOTT, 1983 [1958]) trazem questionamentos importantes para que se possa pensar em uma forma ética de desenvolver o tratamento de pacientes psicóticos.

A leitura crítica dos autores mencionados tem como objetivo identificar quais são os conceitos dos autores clássicos que podem ser bem aproveitados pelo acompanhante terapêutico nos dias de hoje. Além disso, quando somada ao material produzido por autores que desenvolvem o trabalho de clínica ampliada ou análise modificada, corrobora com uma forma ética e contemporânea de tratar o paciente psicótico, tanto no âmbito da criação de um *setting* clínico apropriado para atender às necessidades destes pacientes quanto na perspectiva do manejo das respostas do terapeuta frente a eles.



## II. Método

Para responder ao problema de pesquisa, na primeira parte do trabalho será realizada a construção de uma pesquisa psicanalítica que Mezan (2006) caracteriza como sendo “predominantemente teórica, focalizando em especial questões metapsicológicas” (p. 232). Tal parte objetiva reunir as formulações de alguns autores clássicos da psicanálise sobre a psicose, sua origem na constituição do sujeito e as formas por meio das quais ela se manifesta. Os autores escolhidos foram Freud, Klein, Winnicott e diversos pós-kleinianos, entre eles Bion, Rosenfeld, Segal, Ogden, Caper, Spillius, O’Shaughnessy, Feldman, Steiner, Meltzer e Pick.

Com base no conteúdo dos primeiros capítulos teóricos e o acréscimo da leitura de textos escritos por autores psicanalíticos contemporâneos e de acompanhantes terapêuticos, será realizada uma articulação entre os conceitos a fim de esboçar uma discussão a respeito de modelos de intervenção para o trabalho de acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos. Para Mezan (2006), trata-se de uma pesquisa psicanalítica “sobre fatores operantes no processo psicanalítico” (p. 233).

Essa parte da pesquisa terá como prioridade o aprofundamento de dois aspectos relacionados ao tratamento de pacientes psicóticos. O primeiro aspecto será a identificação de quais ampliações das estratégias clínicas precisam ser efetuadas por parte de quem pretende se utilizar da psicanálise para tratar o fenômeno da psicose. Isso implica na revisão de diversos elementos do *setting* padrão, como a postura do terapeuta e a interpretação, além da construção de um novo *setting* propriamente dito, que seja capaz de abarcar as especificidades do funcionamento psicótico. Qual a função do acompanhante terapêutico de pacientes psicóticos e quais estratégias devem ser utilizadas por ele para que seja realizado um trabalho ético?

No capítulo seguinte será contemplado o efeito que o trabalho com psicóticos gera no acompanhante terapêutico. A discussão quanto aos aspectos contratransferenciais do tratamento é importante para que as respostas que o terapeuta manifesta frente ao paciente sejam mais facilmente contornadas ou, caso prejudiciais ao tratamento, evitadas. O que o paciente psicótico mobiliza no

terapeuta? Qual a natureza das respostas do terapeuta mobilizadas pela loucura e em que medida estas podem ser prejudiciais ao tratamento? Existe um contorno possível?

Com o objetivo de ilustrar a parte teórica do trabalho e verificar a aplicabilidade dos conceitos estudados, será narrada e analisada uma experiência clínica de acompanhamento terapêutico com um paciente que possui diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia. O paciente vive em um Serviço Residencial Terapêutico e recebeu a hipótese diagnóstica de esquizofrenia de psiquiatras do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no qual é atendido, localizado na cidade de São Paulo. Essa parte diz respeito a uma investigação respaldada na prática clínica (VIOLANTE, 2000) e à busca de elaboração de uma experiência desenvolvida ao longo de dois anos e meio da graduação, visto que a ressignificação do trabalho prático permite a renovação das intervenções clínicas e da maneira de olhar para o paciente. Visando preservar o anonimato do paciente, todos os dados que possibilitariam a sua identificação foram trocados. A utilização da vinheta clínica neste trabalho foi consentida pelo paciente e pela coordenação da residência terapêutica na qual ele vive.

A partir da pesquisa teórica e da análise do caso clínico, serão colocadas considerações a respeito da pertinência da utilização de alguns autores clássicos da psicanálise na construção de uma clínica da psicose que se propõe ética e contemporânea, identificando quais os conceitos mais relevantes e quais as intervenções clínicas mais coerentes a serem utilizadas, assim como a importância de manejar as respostas contratransferenciais do acompanhante terapêutico.

### III. Freud

*O fato de havermos reconhecido como tendência dominante da vida psíquica o esforço de diminuir, manter constante, abolir a tensão interna dos estímulos, tal como se exprime no princípio do prazer – é um dos nossos mais fortes motivos para crer na existência de instintos de morte.*

(Freud, 2010c [1920], p. 228)

A escolha de dedicar um capítulo exclusivamente a Freud se justifica pela necessidade de introduzir determinados conceitos chave da psicanálise. Caso contrário, as formulações de seus sucessores que serão utilizadas no restante da pesquisa podem não ser devidamente compreendidas. Esses conceitos incluem, além da ideia de inquietante já apresentada do capítulo introdutório, as diferenciações entre a neurose e a psicose, assim como suas respectivas implicações na perda da realidade, as ideias de Freud acerca da impossibilidade de realizar o trabalho psicanalítico com psicóticos, o narcisismo e a pulsão de morte.

É importante ressaltar, porém, que o objetivo do capítulo é apenas o de introduzir tais tópicos, visto que se trata de conceitos complexos, discutidos amplamente ao longo de toda a obra freudiana. Sendo a meta deste trabalho uma compreensão da psicose a partir da leitura de diferentes autores, fontes de uma grande diversidade de contribuições metapsicológicas e técnicas, situados em períodos distintos da história da psicanálise, seria inviável contemplar a totalidade de textos relacionados à psicose e temas afins escritos por ele. Um estudo aprofundado da psicose em Freud requer uma pesquisa mais extensa e, possivelmente, um trabalho de conclusão de curso dedicado exclusivamente ao tema.

A leitura do texto freudiano *Neurose e psicose* (2011 [1924c]) aponta uma diferença fundamental entre neurose e psicose: enquanto a estrutura neurótica se constitui a partir de um conflito entre Ego e Id, a estrutura psicótica é resultado de um conflito entre Ego e o mundo exterior. Algum tempo antes, em *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico* (2010a [1911])

Freud já havia destacado que algum nível de negação da realidade é comum a neuróticos e psicóticos, sendo a psicose um caso mais extremo, mas afirmando que “todo neurótico faz o mesmo com algum fragmento da realidade” (p. 109). Isso significa que ambos os tipos de psiquismo têm em comum algum nível de perda da realidade e a busca por alguma forma de substituí-la. O neurótico recorre à fantasia e o psicótico ao delírio. Neurose e psicose são convergentes em alguns pontos, e o estudo da psicose pode, inclusive, servir como uma maneira de compreender alguns dos funcionamentos de sujeitos neuróticos. Freud aponta que

todos os observadores notaram que na esquizofrenia se exprime conscientemente muita coisa que nas neuroses de transferência só podemos demonstrar que existe no lcs, mediante a psicanálise (2010b [1915], p. 140).

Para esse autor (2011 [1924a]), a retirada de investimento é algo comum entre neurose e psicose. Enquanto o neurótico recorre ao recalçamento como uma forma de fugir dos perigos acarretados pela força da atividade pulsional, o psicótico se defende da não satisfação das pulsões do Id por meio de um rompimento com o mundo exterior e da criação de uma nova realidade interna e externa. A relação do psicótico com o real é descrita de maneira mais detalhada por Freud em *A perda de realidade na neurose e na psicose* (2011 [1924c]), no qual o autor explica que a criação de uma nova realidade surge como consequência de uma tentativa de reparação. A realidade criada por meio do mecanismo psicótico repudia as objeções levantadas pela castração e tenta substituí-las, agindo como se tais barreiras nunca tivessem cruzado o seu caminho.

Freud (2006 [1905], 2010a [1914b], 2010b [1915], 2010d [1933b], 2014a [1916-1917a, 1916-1917b]) não acreditava que a psicanálise fosse capaz de acessar a estrutura dos psicóticos, uma vez que, nestes sujeitos, a libido não se dirige aos objetos, retornando ao ego. Consequentemente, “os investimentos objetais são abandonados e um estado primitivo de narcisismo sem objeto é restabelecido” (FREUD, 2010b [1915], p. 139), o que significa que a transferência é incipiente ou inexistente. O narcisismo inicialmente era visto pela psicanálise como uma perversão na qual o próprio corpo passaria a ser tomado como único objeto por meio do qual seria possível alcançar prazer sexual. A partir da clínica

e da pesquisa psicanalíticas foram encontradas manifestações isoladas de características do narcisismo em homossexuais e pacientes neuróticos resistentes, sendo que nestes últimos o comportamento narcísico seria um dos obstáculos que impediriam a influência do psicanalista ser facilmente aceita pelo paciente. A hipótese levantada por Freud em *Introdução ao narcisismo* (2010a [1914b]) é que “o narcisismo não seria uma perversão, mas o complemento libidinal do egoísmo do instinto de autoconservação, do qual justificadamente atribuímos uma porção a cada ser vivo” (FREUD, 2010a [1914b], p. 14-15).

No caso da psicose, o que ocorre é uma introversão da libido; a libido é retirada de objetos do mundo externo sem que haja substituição, como no caso dos neuróticos, destes objetos por outros por meio da fantasia. A megalomania observada em pacientes psicóticos aponta que essa libido retirada dos objetos retorna ao Ego e é somada ao narcisismo primário, que já existia, formando o narcisismo secundário. A esquizofrenia passa a ser um indício da existência de um narcisismo primário normal, mas somado à libido retirada das relações objetais. Ainda no texto *Introdução ao narcisismo*, Freud (2010a [1914b]) cita duas características fundamentais da psicose: a megalomania e o abandono do interesse pelo mundo externo, as quais impedem que o paciente psicótico possa ser curado pela psicanálise. Enquanto os neuróticos obsessivos também apresentam algum nível de perda da realidade, como já apontado por Freud anteriormente (2010a [1911]), seus interesses pelas relações eróticas com outros objetos são mantidos. Por meio da fantasia, os neuróticos abandonam as ações motoras correspondentes à satisfação da meta através de objetos reais, substituindo-as por objetos imaginários.

Já na conferência sobre *Transferência* (2014a [1916-1917b]) o desinvestimento objetal e a incapacidade dos psicóticos de estabelecerem transferência são expostas como condições que reforçam a impossibilidade destes pacientes aderirem ao tratamento oferecido pela abordagem psicanalítica, que se propõe a tratar a neurose de transferência originada no contato do paciente com a figura do analista. O neurótico apresenta ao analista uma doença artificial, pois repete inconscientemente transferências passadas e, eventualmente, com a diminuição das resistências, recorda materiais recalçados que são passíveis de interpretação psicanalítica e, posteriormente, elaboração.

Tendo em vista que o psicótico não estabelece vínculos transferenciais satisfatórios e recusa a realidade, o psicanalista tentaria tratá-lo em vão. Dessa forma,

a incapacidade desses pacientes para a transferência – até onde alcança o processo patológico-, a consequente inacessibilidade à terapia, a característica rejeição do mundo externo, o surgimento de sinais de sobreinvestimento do próprio Eu, o desfecho na completa apatia, todos esses traços clínicos parecem condizer perfeitamente com a hipótese de um abandono dos investimentos objetivos (Freud, 2010b [1915], p. 139-140).

Com o apoio do detalhado percurso histórico do tratamento psicanalítico da psicose organizado por Rosenfeld (1988), é possível selecionar os textos de Freud nos quais há o registro de que, apesar de não ser viável tratar pacientes psicóticos por meio do método analítico desenvolvido até então, a eventual evolução da teoria e da técnica psicanalítica poderia resultar no tratamento destes pacientes. Em *Sobre a psicoterapia* (2006 [1905]), Freud escreve:

As psicoses, os estados confusionais e a depressão profundamente arraigada (tóxica, eu poderia dizer), por conseguinte, são impróprios para a psicanálise, ao menos tal como tem sido praticada até o momento. Não considero nada impossível que, mediante uma modificação apropriada do método, possamos superar essa contra-indicação e assim empreender a psicoterapia das psicoses (p. 72).

No capítulo XXVI das *Conferências introdutórias à psicanálise*, Freud (2014a [1916-1917a]) explica que as resistências ao trabalho analítico de neuróticos poderiam ser superadas, enquanto as barreiras impostas pela psicose são intransponíveis. Mesmo assim, a psicose seria um terreno fértil para observações e fonte de material digno de um “olhar curioso” (p. 560). Caso exista a ambição de avançar além da observação e da curiosidade, ele adverte que “nossos métodos técnicos precisam, portanto, ser substituídos por outros; ainda não sabemos se vamos conseguir tais substitutos” (p. 560).

Alguns anos mais tarde, em suas *Novas conferências introdutórias à psicanálise* (2010d [1933b]), Freud manifesta reprovação por tentativas de alguns de seus discípulos em ultrapassar os limites da psicanálise por meio de modificações técnicas inadequadas, o que ele nomeia como uma “experimentação sem limites” (p. 316). Ele afirma categoricamente, em seguida, que “as psicoses [são] totalmente inacessíveis à psicanálise” (p. 317), sendo os

pacientes que sofrem de fobias, histerias, neuroses obsessivas e neuroses de transferência o público alvo ao qual a psicanálise deveria se ater. Apesar de reiterar o quão inapropriado seria o tratamento de estados narcísicos e casos de psicose, sugerindo que fossem excluídos da atuação psicanalítica a fim de “tentar evitar o insucesso” (p. 319), o texto contém uma passagem que esboça novamente um ligeiro otimismo quanto à perspectiva futura do tratamento das psicoses:

A isso está relacionada, inclusive, a esperança de que no futuro, conhecendo os efeitos dos hormônios – vocês sabem o que são eles -, tenhamos os meios de lidar vitoriosamente com os fatores quantitativos das doenças, mas agora estamos bem longe disso (Freud, 2010d [1933b], p. 318).

Se o psicótico não transfere sentimentos recalcados para a pessoa do analista, quando se fala em psicose não é possível buscar referência na repetição transferencial da qual Freud (2010a [1914a], 2010c [1920]) fala. O que então justificaria a incessante repetição do paciente psicótico, uma das manifestações cuja constatação mobilizou o início desta pesquisa? A leitura de textos freudianos como *Além do princípio do prazer* (2010c [1920]), *O Eu e o Id* (2011 [1923]), *O problema econômico do masoquismo* (2011 [1924b]), *Inibição, sintoma e angústia* (2014b [1926]), *Angústia e instintos* (2010d [1933a]) e da nova conferência *Esclarecimentos, explicações, orientações* (2010d [1933b]) auxilia na compreensão de que tipo de repetição é essa.

Com o texto *Além do princípio do prazer* (2010c [1920]) é introduzida a noção de pulsão de morte, pulsão que visa à restauração de um estado anterior, o retorno ao inorgânico. Freud constata que a pulsão de morte está amalgamada à pulsão de vida e utiliza exemplos como o jogo do *fort-da*, os sonhos traumáticos dos sobreviventes de guerra, o benefício secundário da doença e a repetição transferencial para ilustrar casos dessa fusão pulsional. Mesmo quando essas situações parecem não trazer qualquer tipo de prazer, é necessário compreender que a repetição traz “desprazer para um sistema e, ao mesmo tempo, satisfação para o outro” (p. 179).

É possível concluir que na psicose há maior desequilíbrio entre as duas forças pulsionais: “um determinado componente instintual é forte demais em relação às forças contrárias que podemos mobilizar. Geralmente é o que

acontece nas psicoses” (2010d [1933b], p. 318). O componente ao qual Freud se refere é a pulsão de morte, sendo a psicose um exemplo de situação na qual ocorre um desequilíbrio do amálgama pulsional inerente ao psiquismo humano, sendo o componente mortífero sobressalente a ponto de inviabilizar o tratamento psicanalítico tradicional de pacientes psicóticos, como defendido mais adiante no mesmo texto.

Conforme apontado por Garcia-Roza (2003), é importante diferenciar, na leitura dos textos freudianos que discutem as temáticas da pulsão de morte e da repetição, a repetição transferencial da compulsão à repetição, que ocorre em um “nível mais profundo e dissimulado que a primeira, que seria da ordem do pulsional” (p. 53). Na repetição transferencial, pulsão de vida e pulsão de morte encontram-se fundidas e agem simultaneamente, sendo esse tipo de repetição atribuído ao recalçamento (FREUD, 2010c [1920]). Sob uma das possíveis perspectivas, a resistência ao tratamento que aparece com a repetição é duplamente desprazível ao paciente, pois repete a vivência de um material recalçado e impede o paciente de progredir no tratamento. Assim,

trata-se, naturalmente, da ação de instintos que deveriam levar à satisfação, mas não trouxe frutos a lição de que também naquela época eles produziram somente desprazer. A ação é repetida, apesar de tudo; uma compulsão impele a isso (Freud, 2010c [1920], p. 181).

Cabe ressaltar que há uma dose de prazer misturada ao desprazer, uma vez que, ao evitar a aproximação do verdadeiro impulso do Id que teve que ser recalçado, o Ego também foge dos perigos internos e externos, correspondentes à punição do Superego e às limitações impostas pela realidade. A resistência ao tratamento ocasionada pela repetição transferencial implica, assim, na satisfação simultânea de dois princípios, respectivamente: do princípio do Nirvana, que visa à extinção completa das excitações e o retorno a um estado inorgânico; e do princípio do prazer, que busca manter no aparelho psíquico a menor quantidade possível de excitação para que este possa, de maneira estável e tranquila, continuar conduzindo o sujeito ao andamento de sua vida. Desse modo,

ocorre entre as duas espécies de instintos uma extensa mescla e amálgama, variável em suas proporções, de maneira que não devemos contar como



puros instintos de morte ou de vida, mas apenas com misturas deles em graus diversos (Freud, 2011 [1924b], p. 192).

Já na compulsão à repetição, o que está em jogo é algo ainda não foi representado, que não é atravessado pelo recalçamento. Algo que, para Freud (2010c [1920]), é “mais primordial, mais elementar, mais instintual do que o princípio do prazer” (p. 184). A compulsão à repetição ocasionada pela disjunção pulsional é teoricamente mais desprazível, pois se trata de uma ação mais pura da pulsão de morte da que é observada na repetição transferencial, ainda que a pulsão de vida não esteja totalmente ausente, pois isto implicaria na extinção do aparelho psíquico.

A compulsão à repetição desta natureza é mais semelhante à descrita por Freud (2010c [1920]) em *Além do princípio do prazer* quando expressa sua curiosidade acerca dos efeitos das neuroses traumáticas de guerra. Os sonhos traumáticos surgem como um grande desafio à psicanálise, pois contrariam a concepção prévia do sonho como realizador de desejo. Os traumatizados não conseguem fugir do “caráter demoníaco” dessa repetição, extremamente desprazerosa. Freud (2010c [1920], 2010d [1933a]) então ressalta o quão devastador pode ser o terror promovido pelo susto, pois, nessas situações, o psiquismo não tem a oportunidade de mobilizar a angústia e preparar-se para receber as excitações. Os estímulos da situação traumática rompem a barreira protetora de estímulos do aparelho psíquico e são recebidas como excessivas. Essa excitação, que não pode ser ligada pelo psiquismo despreparado e incapaz de ter sido protegido pela angústia será repetida incessantemente em busca de ligação e elaboração.

Ao comentar o que pode preparar o aparelho psíquico para lidar de maneira mais eficiente as excitações recebidas por ele, Freud (2010c [1920], 2014b [1926]) menciona o cuidado materno, ideia que será fundamental no desenvolvimento dos próximos capítulos deste trabalho. Em *Inibição, sintoma e angústia* (2014b [1926]), é formulada a teoria de que, paralelamente à angústia, o bebê sente dor quando não encontra a mãe em um momento de necessidade, situação descrita por Freud como traumática. Frente à dor física, é necessário um investimento narcísico intenso no representante psíquico da parte do corpo

de onde parte a dor, que deverá ser transferido ao psiquismo para que essa percepção corporal de excitação excessiva recebida pelo Ego corporal seja ligada. Freud descreve esse processo como sendo esvaziador. A sensação desprazível resultante da experiência traumática da falta da mãe demanda uma grande capacidade de ligação por parte do psiquismo frágil do bebê, visto que a percepção do objeto perdido leva a consequências semelhantes às do sentimento de dor física. Freud aponta que

ele ainda não é capaz de distinguir entre ausência temporária e perda duradoura; se perde a mãe de vista um momento, age como se nunca mais fosse vê-la, e são necessárias repetidas experiências contrárias, consoladoras, até que ele aprenda que a mãe sempre costuma aparecer (2014b [1926], p. 120).

Se o psicótico parece estar preso à compulsão à repetição de caráter mortífero e a compulsão à repetição é uma maneira encontrada pelo psiquismo de elaborar situações traumáticas e excessivas, algum tipo de falha no cuidado materno pode deixar o bebê em condições mais favoráveis para o desenvolvimento de uma eventual psicose. A fim de desenvolver as ideias freudianas acerca da suposta inviabilidade do tratamento psicanalítico de paciente psicóticos, da pulsão de morte e da importância das primeiras relações objetais, os capítulos seguintes deste trabalho explorarão algumas das contribuições de Melanie Klein e de seus sucessores, assim como as de Donald Winnicott e de autores contemporâneos que trabalham com o acompanhamento terapêutico de psicóticos.

#### IV. Klein

*A estranheza das informações do inconsciente desafia todas as nossas medidas de bom senso. Melanie Klein ensina a pôr de lado o bom senso e o comedimento para compreender o caráter autônomo e demoníaco das fantasias inconscientes. Esse caráter é “demoníaco”, pois irrompe à nossa revelia, possuindo-nos e buscando expressão através de nós e fora do nosso controle.*

*(Cintra, 2006, p. 307).*

O estudo da obra de Melanie Klein auxilia significativamente o trabalho do profissional que se propõe a trabalhar com a psicose, não apenas por ter servido como base para que psicanalistas ingleses pudessem se dedicar ao tratamento de pacientes psicóticos nos anos 50 e 60, mas por destacar a presença de mecanismos psicóticos em sujeitos neuróticos. Suas formulações a respeito da posição esquizoparanoide, da angústia de caráter persecutório e da identificação projetiva ajudam a situar o que há de familiar no “inquietante” (FREUD, 2010c [1919]) contato com a loucura. A forma kleiniana de abordar o psiquismo é marcada pela constatação de uma eterna ambivalência, manifestada na alternância entre amor e ódio, inveja e gratidão, vida e morte.

Cintra e Figueiredo (2004) discutem a ênfase dada por Klein à força da ação das pulsões no sujeito e à expressão destas por *phantasias*, as fantasias inconscientes que levam à mobilização de mecanismos como os de identificação e projeção, que influenciam o registro de experiências arcaicas de prazer e desprazer e que contribuem para a relação com os objetos internos. A força das pulsões de vida e de morte é manifestada nas *phantasias* do seio bom, que atende às suas necessidades, e do seio mau, relacionado ao desamparo do bebê, “que, afastado da mãe, vê-se entregue à sua própria violência pulsional” (p.151). Aqui é possível recordar do que é discutido no capítulo anterior sobre os efeitos traumáticos da ausência da mãe descritos por Freud (2014b [1926]), que

destaca a impossibilidade do bebê de ligar as suas pulsões quando demanda cuidado e não o recebe:

[...] a relação narcísico-dual que o bebê estabelece com seu objeto primário — a mãe e, mais particularmente, o “seio” da mãe, representando a principal fonte de gratificação — está longe de ser uma relação idílica pura. Se, de um lado, as experiências de satisfação estão associadas a *phantasias* inconscientes de plenitude, há, ao mesmo tempo, *phantasias* de outra ordem associadas a outros momentos. Melanie Klein não alimenta ilusões e é, na esteira de Freud, uma pensadora do mal-estar (Figueiredo, 2006, p. 125).

Klein postula a existência de duas posições: esquizoparanoide e depressiva. A posição esquizoparanoide corresponde ao estado vivido pelo bebê durante a maior parte dos seus cinco primeiros anos de vida, sendo marcado pela vivência da angústia de caráter persecutório, mas também pelas relações de objeto parcial, pela utilização excessiva das defesas maníacas e dos mecanismos de cisão e projeção. Uma vez elaborada tal posição, o bebê caminha para a elaboração dos sentimentos depressivos, devendo substituir as defesas maníacas pelo mecanismo de reparação e a relação de objeto parcial pela de objeto total. Na posição depressiva a angústia predominante é a de caráter depressivo, sendo um sujeito saudável, para Klein, aquele que pode viver a depressão com mais frequência do que os sentimentos persecutórios. As posições estarão em constante alternância ao longo da vida de todo sujeito, mas um desenvolvimento saudável leva a uma maior permanência da posição depressiva (CINTRA; FIGUEIREDO, 2004).

Klein (1991 [1946]) considera que os pontos de fixação que originam a psicose adulta são decorrência dos mecanismos de defesa utilizados para combater a angústia de caráter persecutório vivida na primeira infância. São as mesmas angústias observadas em estados psicóticos, o que leva Klein a considerar a posição esquizoparanoide como o ponto de fixação da psicose adulta. Em qualquer sujeito, psicótico ou não, essas angústias e mecanismos de defesa influenciarão significativamente as relações de objeto. Ela explica que uma predominância significativa da angústia de caráter persecutório pode ser um dos fatores que impedem o bebê de elaborar devidamente a posição esquizoparanoide e, conseqüentemente, a posição depressiva em um momento posterior.

Para Klein (1991 [1946, 1948, 1952]), a angústia de caráter persecutório surge a partir da manifestação da pulsão de morte. Freud (2010d [1933a], 2011 [1923, 1924b], 2014b [1926]) ressalta como pulsões de vida e morte dificilmente apresentam-se em estado puro, estando quase sempre amalgamados. Para Klein (1991 [1948, 1952]), quando o bebê é privado de ter suas necessidades atendidas, esse equilíbrio é perturbado e a pulsão de morte se sobressai, gerando um grau ainda maior de voracidade e de angústia persecutória, e menor tolerância à frustração. Por privação entende-se, além de fome, dor e sono, o sentimento de incapacidade de ter sua angústia e suas projeções suportadas por uma mãe suficientemente continente, ideia que será desenvolvida ao longo dos próximos capítulos deste trabalho.

Frente a essa angústia, o Ego se defende por meio do direcionamento de parte da pulsão de morte ao meio externo, representado pelo primeiro objeto com o qual o bebê se relaciona, o seio. Ao mesmo tempo em que o bebê tenta livrar-se de parte da pulsão de morte que atua internamente, os ataques ao seio são seguidos de um forte medo de que a agressividade projetada volte para si sob a forma de retaliação. O seio passa a ser introjetado pelo bebê e vive dentro dele, tornando-se, assim, simultaneamente, um perseguidor externo e um representante interno da pulsão de morte. Como mencionado anteriormente, essa angústia pode ser ainda mais terrorífica em casos nos quais o bebê sofre algum tipo de privação, uma vez que a frustração perante o seio é sentida como um castigo pelos ataques dirigidos a ele (KLEIN, 1991 [1952]).

No texto *Notas sobre alguns mecanismos esquizoides*, Klein (1991 [1946]) descreve como o Ego cindiu o objeto em dois: o objeto mau, fonte de frustração e perseguição; e o objeto bom idealizado, do qual provêm as boas experiências e que defende o sujeito da angústia persecutória. Klein sugere que o objeto mau é negado pelo bebê onipotente por meio da gratificação alucinatória, processo pelo qual o objeto idealizado permanece totalmente cindido do objeto mau, sendo visto como fonte inesgotável de boas experiências, enquanto, paralelamente, o objeto mau é negado e destruído. O resultado é a negação da realidade psíquica e da relação de objeto real. Os delírios de grandeza e os delírios persecutórios observados no contato com pacientes psicóticos são,

segundo Klein (1991 [1946]), originados de maneira semelhante aos mecanismos infantis de idealização do bom e destruição do mau.

O corpo materno é sentido como uma extensão do corpo do bebê em seus primeiros meses de vida e, conseqüentemente, será o local onde os mecanismos descritos acima entrarão em ação. Ao mesmo tempo em que o bebê visa ao “assalto do corpo da mãe, despojando-o de seus conteúdos bons” (KLEIN, 1991 [1946], p. 27), ele dirige para dentro dela a destrutividade que causa nele angústia, representada por suas partes más. Dessa maneira, a cisão do objeto em bom e em mau é concomitante à cisão do ego em partes igualmente boas e más, o que pode levar, se esta for utilizada em larga escala, à desintegração do psiquismo do sujeito. A saúde mental é, portanto, comprometida a partir do momento em que mecanismos arcaicos de excisão e projeção (também presentes no desenvolvimento normal) atuam em excesso. Assim,

sugiro o termo “identificação projetiva” para esses processos. Quando a projeção é derivada principalmente do impulso do bebê de danificar ou controlar a sua mãe, ele a sente como um perseguidor. Nos distúrbios psicóticos, essa identificação do objeto com as partes odiadas do self contribui para a intensidade do ódio dirigido contra outras pessoas (Klein, 1991 [1946], p. 27).

Klein (1991 [1948]) traça um quadro cíclico do qual o bebê aparentemente não tem como escapar, pois, ao tentar projetar a pulsão de morte para fora, ele acaba por introjetar, logo em seguida, perseguidores externos demandam a utilização de mais mecanismos de defesa. Ele recorre novamente à projeção, que continua o ciclo de angústia e de ataques destrutivos ao seio. A cisão do objeto em bom ou mau acarreta, obrigatoriamente, em uma cisão no próprio Ego, o que explica parte do comprometimento do psiquismo inscrito em um funcionamento psicótico.

No que diz respeito mais especificamente à psicose, a leituras dos textos kleinianos das décadas de quarenta, cinquenta e sessenta leva à compreensão de que a psicose se assemelha profundamente a um estado de desintegração vivido por todos os sujeitos, com a diferença de que a desintegração do psiquismo psicótico é vivida pelo bebê neurótico apenas temporariamente. Quanto mais agressiva for a projeção direcionada ao objeto, mais violento será o conteúdo introjetado posteriormente. Klein (1991 [1946, 1948]) aponta a

retirada ao mundo interno a fim de defender-se da introjeção violenta de perseguidores como uma das causas da esquizofrenia, o que se justifica pelo fato de que a angústia de caráter persecutório gera temor de que o objeto bom seja perdido e de que as experiências boas não venham a acontecer novamente. Em resposta, o sujeito procura refúgio no objeto bom idealizado. A partir de então, a relação será mantida com apenas uma parte do objeto, o que ocasiona distúrbios psíquicos.

Klein (1991 [1946, 1948, 1955]) ressalta, porém, que a identificação projetiva não é de todo ruim. A influência da pulsão de vida permite que partes boas do *self* também possam ser projetadas na mãe, o que leva à eventual reintrojeção de um objeto bom, que serve como fonte de experiências boas. Na mesma medida em que a pressão da pulsão de morte contribui para a angústia persecutória, a pulsão de vida direciona o bebê à integração do Ego e dos objetos anteriormente cindidos. A integração conduz o bebê à posição depressiva, na qual o objeto mau é percebido como sendo detentor de características positivas e o objeto bom como sendo possível fonte de frustração. Em outras palavras, é estabelecida uma relação de objeto total, com um objeto no qual está contida a capacidade de tolerar manifestações de amor e de ódio. Os mecanismos predominantes não são mais as defesas maníacas, a cisão e a projeção, pois a angústia persecutória cede o lugar à angústia depressiva, que mobiliza a culpa e a tentativa de reparar os danos causados ao objeto. O objeto que provoca ódio é agora também sentido como sendo necessário para que experiências boas sejam alcançadas.

Apesar da posição depressiva apenas ser melhor elaborada por volta dos cinco anos, na companhia da situação edipiana, o bebê já vive situações de angústia depressiva na relação com o seio materno ao longo do primeiro ano de vida. Isso significa que, mesmo após vislumbrar a posição depressiva pela primeira vez, o bebê ainda sofre grande pressão da angústia persecutória, o que o faz voltar à posição esquizoparanoide. Conforme comentado anteriormente, em um desenvolvimento saudável, as posições permanecem em contínua alternância, mas a tendência é que a angústia persecutória seja cada vez menos presente na vida do sujeito em detrimento da angústia depressiva, do sentimento de culpa e desejo de reparação. Os sentimentos depressivos de culpa e de

medo da perda dependem de uma percepção mais apurada do mundo externo, pois só a partir de uma maior apropriação da realidade psíquica e de uma relação de objeto total é possível mobilizar o mecanismo de reparação. Klein (1991 [1946]) aponta que

no decurso desse processo, as ansiedades vão perdendo força; os objetos tornam-se ao mesmo tempo menos idealizados e menos aterrorizantes, e o ego torna-se mais unificado. Tudo isso está interligado com a percepção crescente da realidade e com a adaptação a ela (p. 34).

Nada disso é possível, entretanto, sem uma utilização adequada da identificação projetiva nos primeiros meses de vida, o que depende significativamente da capacidade do objeto em abarcar as projeções do bebê. Cintra e Figueiredo (2004) explicam que Klein considera a agressividade do bebê como uma característica inata, podendo ter sua força diminuída pela relação com um objeto compreensivo. A partir do momento em que o sujeito tem o objeto bom devidamente internalizado, ele é capaz de identificar-se com ele e reduzir os ataques destrutivos. Doses saudáveis de identificação projetiva são a base para o desenvolvimento da capacidade de compreender e ser compreendido. Em uma bela passagem do texto *Sobre o sentimento de solidão* (1991 [1963]), Klein descreve o quão marcante é a comunicação proporcionada pelo sentimento de estar dentro do outro e de ter o outro dentro de si:

Uma relação inicial satisfatória com a mãe [...] implica um contato íntimo entre o inconsciente da mãe e o da criança. Esse é o alicerce para a vivência mais completa de ser compreendido e está essencialmente vinculado ao estágio pré-verbal. Por mais gratificante que seja, mais tarde na vida, expressar pensamentos e sentimentos para uma pessoa com que se tenha afinidade, permanece um anseio insatisfeito por uma compreensão sem palavras (p. 342).

Para o psicótico essa compreensão não existe da mesma maneira, visto que a presença do outro nunca deixa de ser ameaçadora e excessiva. O psicótico se utiliza da identificação projetiva para livrar-se dos sentimentos de culpa depressivos com os quais entra em contato, sendo a projeção destes em algum objeto necessária para evacuar uma vivência que não pode ser elaborada. Ele vislumbra a posição depressiva, mas a rejeita a partir do momento em que se depara com peso dos sentimentos depressivos e com necessidade de estabelecer relação com um objeto total, que é ao mesmo tempo bom e mau,



assim como se recusa a aceitar que seu *self* também é constituído de aspectos bons e maus. As tarefas de abarcar os sentimentos depressivos e de visualizar o objeto total demandam uma carga significativa de trabalho psíquico, o que torna a integração “difícil de ser aceita” (KLEIN, 1991 [1963], p. 342).

Klein (1991 [1960]) enxerga o esquizofrênico como um sujeito “confuso e aos pedaços” (p. 303). O esquizofrênico é incapaz de internalizar o objeto bom da mesma maneira que o sujeito saudável: “ele não pode confiar num objeto bom, externo ou interno, nem pode confiar em seu próprio *self*. Esse fator está vinculado à solidão, pois aumenta o sentimento do esquizofrênico de que é deixado a sós, por assim dizer, com sua desgraça” (KLEIN, 1991 [1963], p. 344). A confusão do esquizofrênico é sinônimo de uma permanente incapacidade de discriminar o objeto bom do objeto mau e a realidade interna da realidade externa. Como descrito anteriormente, essa confusão é resultado do uso excessivo da identificação projetiva e da fragmentação do Ego.

Pensando no que é dito por Freud no texto *O inconsciente* (2010b [1915]) quando ele sugere que nos psicóticos é possível observar manifestações que no neurótico estão escondidas inconscientemente, pode-se identificar uma aproximação entre neurose e psicose na obra de Klein. Ela localiza na posição esquizoparanoide muitos dos pontos de fixação da esquizofrenia, momento pelo qual todo o sujeito deve passar para, em um momento posterior, elaborar a posição depressiva. Em termos mais concretos, o sujeito vivencia angústias características da psicose no início da vida para poder tornar-se neurótico e viver futuramente em um mundo no qual os temores característicos da posição esquizoparanoide estarão atenuados, mas nunca completamente ausentes. Não é de se estranhar que, ao entrar em contato com a psicose, o neurótico identifique o inquietante justamente por remeter à familiaridade de algo que já foi conhecido e sentido um dia. É também com a utilização do mecanismo predominante da posição esquizoparanoide, a identificação projetiva, que floresce a possibilidade de obter sintonia e uma compreensão sem palavras, sendo este mecanismo uma ferramenta fundamental a ser utilizada pelo acompanhante terapêutico que pretende se comunicar com seu paciente e efetivamente compreendê-lo.

## V. Pós kleinianos

*Esse processo [de rêverie] inicia-se a partir do vínculo da mente do bebê com a mente da mãe, quando o primeiro, para lidar com as intensas e intoleráveis angústias diante da falta de sentido da experiência, as projeta na mente da mãe, que responde recebendo, contendo e significando-as em seu próprio inconsciente, oferecendo assim o espaço mental necessário para que o bebê possa tolerar a experiência, bem como um modelo de pensá-la que vai sendo internalizado. Porém, quando ocorrem falhas nesse processo, o bebê precisa criar estratégias para se defender de angústias impensáveis.*

(Cavalheiro, 2014, p. 84).

Melanie Klein fornece instrumentos para que, no final da década de quarenta e durante a década de cinquenta e sessenta, alguns de seus discípulos desenvolvam um trabalho com pacientes psicóticos dentro dos moldes da psicanálise kleiniana tradicional. Meltzer (1998) considera o período como o apogeu do interesse psicanalítico pela psicose, sobretudo a esquizofrenia. Diferente de Freud (2010d [1933b], 2014a [1916-1917a, 1916-1917b]), analistas como Segal, Rosenfeld e Bion acreditavam ser possível tratar pacientes psicóticos a partir de um desenvolvimento das ideias de Klein, pois haveria resquícios suficientes de uma relação de objetivo primitiva que possibilitariam o tratamento (SPILLIUS, 1991; AGUAYO, 2009). O objetivo deste capítulo é ressaltar algumas das contribuições teóricas dos psicanalistas pós-kleinianos que justificam a viabilidade de engajar os pacientes psicóticos em algum tipo de tratamento, assim como aquelas que descrevem a dificuldade desta tarefa.

Segundo Bléandonu (1990), um de seus biógrafos, o estudo das psicoses realizado por Bion tem como foco a atividade pulsional e o estudo da relação entre pensamento, linguagem e psicose:

Bion, por sua vez, considera a esquizofrenia com uma consequência grave do emprego da identificação projetiva e da cisão do ego e dos objetos, na

qual os ataques sob a influência de um excesso de impulsos destrutivos, produzem uma fragmentação da personalidade, arrastando consigo para a destruição a capacidade de pensamento verbal (Meltzer, 1998, p. 36).

A partir da ideia de Klein de que a esquizofrenia é uma consequência da fixação da posição esquizoparanoide, Meltzer (1998) conclui que a psicose, quando observada em pacientes adultos, equivale aos estados mentais vividos pelos bebês nos primeiros meses de vida. É importante acrescentar, entretanto, a observação de Capier (2002) de que a diferença entre a psicopatologia adulta e os estados mentais primitivos é que, por mais que os delírios de psicóticos adultos sejam semelhantes às fantasias onipotentes da posição esquizoparanoide, as fantasias onipotentes de uma criança “normal” têm plasticidade suficiente para se transformarem em fantasias inconscientes comuns quando a criança é capaz de aprender com a experiência. A psicose não corresponde, assim, a um estado primitivo *normal*, sendo que a diferença reside nos estados mentais psicóticos “conterem forças suficientemente destrutivas do aprender com a experiência que impediram que o estado mental do paciente evoluísse para uma forma normal” (CAPER, 2002, p. 127). Segundo Aguayo (2009), Klein já havia apontado a experiência do bebê psicótico como sendo diferente daquela do bebê normal, que vive a posição esquizoparanoide, mas integra mais experiências boas com o seio que experiências más.

Bion (1991 [1957a]) procura demonstrar que o psicótico não está sempre completamente alheio à realidade. Existe, mesmo que em segundo plano, uma personalidade não-psicótica no paciente, que é ofuscada por uma personalidade psicótica durante a maior parte do tempo. A personalidade não-psicótica busca afastar a pressão das pulsões do Id por meio do recalque, mas a parte psicótica da personalidade tenta anular esse funcionamento e substituir o recalque pela identificação projetiva. De maneira onipotente, a personalidade psicótica visa à anulação da realidade e à destruição da percepção desta, o que significa que a destrutividade do psicótico não é direcionada apenas à sua relação com os objetos, mas também ao seu próprio psiquismo. O progresso do tratamento levaria o psicótico a manifestar, ao lado do material psicótico, fenômenos associados à neurose (BLÉANDONU, 1990), o que é justificado pela presença da personalidade não-psicótica nos pacientes

psicóticos. Da mesma forma, a personalidade psicótica do neurótico emerge em sua respectiva análise.

Na posição esquizoparanoide, o psicótico “cinde seus objetos e, ao mesmo tempo, toda aquela parte da sua personalidade que o levaria a tomar conhecimento da realidade que ele odeia” (BION, 1991 [1957a], p. 72). Steiner (1994 [1987]) também comenta que o Ego é cindido de maneira semelhante ao objeto, sendo buscada a máxima distância possível do *self* considerado “mau”. A consequência dessa cisão dos objetos e do aparelho psíquico é um empobrecimento da parte da personalidade que poderia levar à compreensão de si próprio e dos outros. A pressão da pulsão de morte, portanto, atua duplamente por meio da ação da cisão destrutiva do *self* e do objeto, conforme explicado por Segal (1988), que retoma o que é descrito por Bion (1991 [1957, 1959, 1962]) e Rosenfeld (1991 [1971]): “o desejo de aniquilamento está, desde o começo, dirigido ao mesmo tempo contra o *self* que percebe [*e que experimenta*] e contra o objeto percebido, quase indistinguíveis um do outro” (p. 30).

É interessante observar que no texto *Neurose e psicose* (2011 [1924a]) Freud faz menção a um estado de confusão alucinatória intitulado por Meynert de “amência” (p. 179), no qual não apenas inexiste a percepção do mundo exterior, “mas também é retirado o significado do mundo interior, que até então representava o mundo exterior, como sua cópia; autonomamente o Eu cria um novo mundo exterior e interior” (FREUD, 2011 [1924a], p. 179-180). Essa descrição parece ter alguma semelhança aos ataques à realidade interna aos quais Bion e Segal se referem.

Steiner (1994 [1987]) reforça a ideia da psicose como sendo um desfecho patológico de um estado primitivo normal, e narra a forma por meio da qual o bebê recorre à cisão entre bom e mau como forma de organizar a experiência caótica vivida quando sua sobrevivência é colocada em jogo pela angústia persecutória. Em um cenário saudável, a cisão mantém os objetos bons e as partes boas do *self* suficientemente vivas no sujeito. Se há grande quantidade de angústia persecutória - a qual, conforme já observado em Klein (1991 [1946]), está relacionada à pulsão de morte -, o bebê tende a cindir ainda mais e projetar mais violentamente o que há de mau dentro dele. Isso significa que “se a cisão entra em colapso, toda a personalidade pode ser invadida por ansiedade, o que

pode resultar num estado intolerável, com consequências catastróficas” (KLEIN, 1991 [1946], p. 65).

Para complementar as noções de dualidade pulsional, de cisão e projeção dos aspectos maus; do *self* e do objeto, será utilizado o texto *Os destinos da pulsão de morte* de Rechart (1988). O texto descreve a natureza conflitiva da dualidade pulsional, uma vez que há, de um lado, a tentativa de dominar o pensamento, de “expansão e de desenvolvimento, a luta pela posse psíquica do seu próprio corpo” (p. 50), aspectos considerados saudáveis. De outro, a pressão da pulsão de morte se opõe a esses esforços e direciona o sujeito à morte psíquica, destruindo e desinvestindo “todo conteúdo ou função psíquica” (p. 50) incapaz de ligar a energia excessiva e organizar a experiência caótica. Desse modo,

estes processos de desinvestimento podem ir muito longe na psicose. Ao invés de viver os conteúdos psíquicos, o psicótico vive às vezes num estado de excitação difusa; está psiquicamente quase morto (Rechart, 1988, p. 50).

Bion (1984 [1956], 1991 [1957a]) enumera como sendo características da personalidade psicótica: a predominância de impulsos destrutivos, sobre a interferência dos quais até mesmo os impulsos amorosos são transformados em sadismo; o ódio pela realidade; a perseguição e o medo de aniquilação iminente; uma transferência frágil e intensa, ocasionada por relações de objeto prematuras e precipitadas que levam a um conflito nunca resolvido entre pulsão de vida e pulsão de morte. Pensamento onipotente e ação se misturam no psicótico, não sendo prioritário o exercício da reflexão e o desenvolvimento desses pensamentos, pois o psicótico prefere partir diretamente para a ação (AGUAYO, 2009).

Aguayo (2009) sugere que Bion avançou além de Rosenfeld e Segal ao retirar o foco da produção verbal do paciente e passar a interpretar o seu pensamento como um todo. O pensamento verbal tem, para Bion (1991 [1957a]), grande importância na percepção da realidade interna e externa, mas é amplamente prejudicado em casos de psicose. Quando há emprego excessivo da identificação projetiva na posição esquizoparanoide, os pensamentos de natureza pré-verbal (que constituem os primórdios do pensamento verbal) são prejudicados pela incapacidade de assimilar impressões sensoriais, “base firme

sobre a qual o início do pensamento pré-verbal possa prosseguir” (BION, 1991 [1957a], p. 83). Sendo o pensamento verbal relacionado à posição depressiva, ele está sujeito “a ataques, sendo seus elementos incipientes expelidos da personalidade por identificação projetiva sempre que ocorre depressão” (p. 83).

Segal (1991 [1956]) explica que o psicótico vislumbra a posição depressiva, se aproximando dos sentimentos depressivos e tentando projetá-los na mãe, mas rapidamente passa a reintrojá-los de maneira persecutória, o que faz com que os núcleos saudáveis do bebê psicótico não sejam experimentados por muito tempo. Complementando a discussão sobre o pensamento verbal e a posição depressiva, Steiner (1994 [1987]) reforça a importância da elaboração de sentimentos depressivos e a apropriação do mecanismo de reparação para que seja possível desenvolver a habilidade de tornar o pensamento concreto em símbolos e possuir maior capacidade de abstração. No paciente psicótico a comunicação verbal é comprometida, visto que o pensamento verbal, assim como o pensamento propriamente dito, sofre ataques desde o início de sua vida.

Na visão de Bion (1991 [1959, 1962]), a psicose é originada por mais de um fator: pela disposição inata da personalidade do bebê psicótico a sentir inveja e por tender à destrutividade excessiva somada às falhas no processo de identificação projetiva fundamental do início da vida do sujeito. Se a mãe frequentemente não aceita seu papel de receber e processar as projeções destrutivas do bebê ou as introjeta de maneira angustiada, ela nega ao bebê a utilização do recurso que ele possui para aliviar a intensidade de seus impulsos destrutivos. Apoiada nas ideias de Bion, Spillius (1994) resume a maneira por meio da qual a identificação projetiva patológica difere daquela que é constituinte do desenvolvimento psíquico de qualquer bebê, relacionando este fenômeno à falta de continência por parte da mãe:

Se, no entanto, o processo dá errado – e pode dar errado seja porque o bebê projeta de modo esmagador e contínuo, seja porque a mãe não pode suportar muito sofrimento -, o bebê recorre a uma identificação projetiva cada vez mais intensa, e por fim pode virtualmente vir a esvaziar sua mente de forma que não tenha que saber quão insuportáveis são seus pensamentos e sentimentos. A essa altura, ele está a caminho da loucura (p. 75-76).

Para Klein (1991 [1946, 1948, 1952]), Bion (1991 [1957a, 1959, 1962]), Steiner (1994 [1987]) e Spillius (1994), a patologia tem início quando ocorre

alguma anomalia no mecanismo de identificação projetiva. Isso ocorre porque as quantidades de pulsão de morte e de angústia persecutória são tão grandes que a cisão e a projeção funcionam de forma insuficiente ou inadequada, mas também porque a mãe não soube lidar com o conteúdo projetado nela. O segundo cenário pode ser independente do primeiro, consequência dele ou simplesmente ocorre simultaneamente. De qualquer maneira, a identificação projetiva anormal no início da vida resulta na utilização evacuativa da identificação projetiva por parte do psicótico em grande parte das vezes, não sobrando muito espaço para a identificação projetiva de caráter comunicativo. A distinção entre identificação projetiva evacuativa e comunicativa explicada por Rosenfeld (1991 [1971]) será discutida no capítulo VII.

Aguayo (2009) resume como sendo uma grande contribuição de Rosenfeld, Segal e Bion para a psicanálise os seus esforços coletivos em “mapear o terreno complicado e perigoso dos distúrbios esquizofrênicos, algo que não apenas faria possível o tratamento psicanalítico da psicose, mas também evidenciaria os núcleos psicóticos existentes em indivíduos neuróticos [tradução nossa]” (p. 87-88). Klein e seus sucessores também enfatizam a questão da pulsão de morte como sendo uma força que pressiona o psicótico a buscar livrar-se das angústias de caráter persecutório por meio da cisão e da projeção dos conteúdos insuportáveis.

Por um lado, a personalidade não-psicótica proposta por Bion e seu desenvolvimento do conceito de identificação projetiva fornecem material para pensar em modos de alcançar o paciente psicótico. Por outro, a aversão ao pensamento e ao trabalho psíquico contidos na personalidade psicótica enfatizam a dificuldade do tratamento desses pacientes. Os capítulos VII e VIII terão como objetivo uma descrição mais precisa do elo de ligação estabelecido entre o bebê psicótico e sua mãe, o que permitirá aprofundar a compreensão da identificação projetiva e da relação que o paciente psicótico estabelece com seu acompanhante terapêutico.

## VI. Winnicott

*[...] para Winnicott, o isolamento pessoal é entendido tanto como o que torna possível uma relação com o outro, como o que pode impedi-la.*

*(Coelho Jr.; Barone, 2007, p. 94).*

Winnicott (1983 [1963b]) afirma que o trabalho do psicanalista não pode ser restrito ao tratamento de neuróticos, devendo contemplar, também, patologias mais graves. Em seu exercício clínico, Winnicott procurava adaptar-se às necessidades específicas de seus pacientes e manejar o *setting* de acordo com suas respectivas particularidades, o que faz dele um autor cujas inovações são de extrema importância para o desenvolvimento da técnica do acompanhamento terapêutico (as quais serão detalhadas no capítulo seguinte). No artigo *Enfoque pessoal da contribuição kleiniana* (1983 [1962]), Winnicott enumera as muitas contribuições de Klein e elabora algumas críticas, uma delas é que Klein teria examinado “o ambiente apenas superficialmente” (p 161). Já a obra de Winnicott acentua, para dos Santos (1999), o conflito como resultado de dificuldades no ambiente proporcionado pelos pais em se adaptar às necessidades da criança. A questão do ambiente ajuda a compreender o lugar que o terapeuta deve ocupar no *setting* do acompanhamento terapêutico, e esta será a ideia winnicottiana à qual será dada ênfase neste capítulo.

Costa (2007) considera que, para Winnicott, o maior enfoque será a articulação entre o sujeito que tem o movimento em direção à vida como primeiro motor de seu psiquismo e o que é necessário para que sua adaptação possa ocorrer com sucesso. Dessa forma, um ambiente manejado por pais suficientemente bons cria o estado de ilusão que permite que a criança seja criativa e agressiva para que, em um momento posterior, seja desiludida sem que isso seja sinônimo de torná-la impotente. No entanto, um ambiente deficiente que não possibilita esse processo seria responsável pela descontinuidade no desenvolvimento saudável do sujeito:

O verdadeiro trauma era a quebra da continuidade da vida produzida pela ausência prolongada dos cuidados maternos. [...] o trauma não tinha origem na privação ou frustração de demandas pulsionais. A descontinuidade era traumática porque impedia a criança de ser criativa (Costa, 2007, p. 79).



É possível articular algumas ideias de Winnicott às de Klein e dos autores pós-kleinianos no que diz respeito à importância da sintonia entre a mãe e o bebê na construção de um psiquismo saudável. Ele considera (1996 [1967]) que saúde, em termos de desenvolvimento, é sinônimo de maturidade relativa à idade do sujeito, ou seja, para que a saúde seja alcançada, o potencial inato do bebê de amadurecer e de se desenvolver deve ser apoiado pelo ambiente. O sujeito saudável depende de um suprimento ambiental satisfatório, sendo este aquele que se adapta facilmente às necessidades individuais da criança e facilita o seu desenvolvimento. A função de suprir essas necessidades geralmente é exercida pela mãe, cuja habilidade de atender às demandas do filho recebe o nome de preocupação materna primária (WINNICOTT, 1982 [1956]).

Parte dessa função inclui a introdução de doses gradativas de frustração ao bebê de maneira não traumática, ou seja, de forma a não comprometer a continuidade na existência do sujeito. A mãe saudável é capaz de retardar a introdução da frustração na vida do bebê até o momento no qual ele possa reagir a ela com raiva e manifestações de agressividade, não ficando traumatizado. Assim, a tendência à integração do bebê é potencializada pelo ambiente suficientemente bom, manejado por outro sujeito, que se adapta às necessidades do bebê em um momento de dependência. Quando a criança conquista determinado grau de maturidade, o ambiente suficientemente bom pode também se desadaptar gradativamente, permitindo à criança o movimento no sentido da independência. No caso de uma psicose, ocorre uma privação em um momento no qual o bebê ainda não dispõe de instrumentos para percebê-la, o que acarreta na “interrupção no sentimento de continuidade do existir” (DOS SANTOS, 1999, p. 2).

Winnicott (2000 [1952]) narra o processo por meio do qual o bebê recorre à alucinação como resultado da soma de seu potencial criativo à necessidade de se alimentar. A ilusão e a reclusão do bebê devem ser respeitadas em alguma medida, sendo dever da mãe suportar os momentos nos quais o bebê precisa estar só e não se comunicar com ela, pois a “comunicação silenciosa com objetos subjetivos permite a expressão de uma sensação de ser real” (COELHO JR.; BARONE, 2007, p. 90). Um paradoxo está alojado na seguinte questão: o

bebê vive um estado de não-integração em sua vida primordial, e seu desenvolvimento depende de momentos de integração (comunicação mãe-bebê) em alternância com momentos de dissociação (capacidade de estar só). Cabe ressaltar que existe, entretanto, uma linha tênue entre os estados normais de dissociação, que são imprescindíveis no desenvolvimento de qualquer sujeito, e um quadro patológico, no qual a dissociação é sentida como uma privação. A resposta de quais seriam os níveis ideais de comunicação e de solidão para um bebê só poderia ser dada por sua respectiva mãe, desde que ela esteja totalmente sintonizada e identificada com ele.

A mãe suficientemente boa e identificada com o bebê permite que ele utilize esse potencial criativo para alucinar o seio e fornece, também, a provisão necessária. Quando a mãe preserva a onipotência do bebê, em seguida oferecendo a ele aquilo que ele alucinou e repetindo o processo inúmeras vezes, ele adquire a capacidade de utilizar a ilusão, que fornece um espaço para o contato posterior entre seu psiquismo e o ambiente. A partir da ilusão, o bebê se relaciona com objetos subjetivos e pode manipular a realidade e adequá-la à sua capacidade de assimilação (DOS SANTOS, 1999), sendo importante que o adulto suficientemente bom e alinhado às suas necessidades permita que a ilusão não seja quebrada antes da hora, não sendo intrusivo.

A partir de seu potencial criativo, o bebê cria o espaço transicional, um campo intermediário, de ilusão e de transição entre o ambiente (realidade externa) e o seu psiquismo (realidade subjetiva). Dentro desse espaço o bebê cria um objeto transicional, que terá a função de mediar, por exemplo, a falta que ele sente da mãe. A ausência da mãe constitui uma falha suportável e necessária do ambiente suficientemente bom e, por meio da capacidade imaginativa decorrente do potencial alucinatório do bebê, um objeto como o polegar, uma boneca ou uma manta poderão fazer a realidade externa mais palatável. Coelho Jr. e Barone (2007) resumem esse processo como uma utilização de objetos subjetivos para enfrentar o princípio de realidade e a relação com objetos objetivos.

Para criar, é preciso ter a sensação de existência, o que depende de encontros suficientes com experiências suficientemente boas. É então que se inicia a narração da história do sujeito por meio do seu próprio *self*, como alguém

subordinado à figura materna, mas dando os primeiros passos rumo à independência. Surge a linguagem, que torna presente algo que está ausente, fazendo parte do fenômeno transicional. A sublimação (manifestada na produção artística, cultural e intelectual, por exemplo) tem gênese nas elaborações imaginativas ligadas à transicionalidade, que concede lugar ao primeiro esboço da capacidade de simbolização e de inserção no campo cultural. Para Winnicott (2000 [1951]), a cultura e a religião são as formas que o adulto encontra de manter viva a ilusão e a transicionalidade, sendo uma “região intermediária [que] continua de modo direto a área do brincar da criança pequena que se encontra ‘perdida’ em sua brincadeira” (p. 329).

A partir da elaboração dos conceitos de ilusão, solidão e transicionalidade, Winnicott (2000 [1952]) descreve o ambiente que se adapta às necessidades do bebê e que permite o seu isolamento e a vivência de um “mundo secreto sentido como só seu” (DOS SANTOS, 1999, p. 4), sendo este ambiente externo eventualmente percebido pelo bebê sem que seja perdida a sensação de ser, ou seja, sem que haja intrusão ou violência. Esse tipo de intervenção por parte do ambiente seria o oposto da adaptação falha, que pode resultar na psicose. Com a intrusão indevida do ambiente ou a ausência de uma mãe que fornece boas experiências, a sensação de ser é perdida, o que leva o bebê recorrer ao isolamento na tentativa de reconquistar a sensação de continuidade interrompida. Cada vez haverá maior organização defensiva por parte do bebê, que tenta se proteger do meio. Quanto menor for a presença de elementos derivados da realidade externa, o mundo secreto do bebê passa a ser cada vez menos comunicável e o isolamento tende a crescer (DOS SANTOS, 1999). Dessa forma,

a impossibilidade de configurar uma área segura para desenvolver o fantasiar impede o bebê de conviver com o segredo, necessário, para que ele se sinta fortalecido o suficiente para deixar, em segurança, a proteção do isolamento primário. O campo transicional não se constitui como tal, impedindo que a criança flutue para dentro e para fora do seu mundo interno, de acordo com suas necessidades (dos Santos, 1999, p. 11).

A neurose pressupõe a conquista de determinado grau de maturidade no desenvolvimento emocional e a capacidade de defender-se da angústia de castração por meio do recalçamento. Winnicott (1983 [1963a]) cita três das

metas principais a serem atingidas por sujeito saudável: integração, personalização e relações objetais, para tanto, é preciso que o ambiente apoie o bebê e facilite o processo de maturação. Desse modo, ao atingir determinado nível de personalização, a relação entre psique e corpo é harmônica, tendo em vista que é a mãe suficientemente boa que possibilita que o sujeito desenvolva a habilidade de se relacionar com objetos, esta relação com os objetos permite que o sujeito se sinta real, pertencendo à realidade compartilhada e à vida cultural.

Na psicose, o estabelecimento de relações objetais não se apresenta de forma satisfatória. O processo maturacional do sujeito saudável se inicia no impulso de se relacionar com objetos, devendo ser potencializado pela intervenção materna. Já a mãe não suficientemente boa não ocupa razoavelmente o papel de agente adaptativo, quando não é dado espaço para que o bebê possa ter a experiência saudável de onipotência e consiga eventualmente entrar em acordo com o princípio de realidade, o sujeito não dispõe de recursos para alternar suas relações entre objetos internos e externos. A hipótese levantada por Winnicott (1996 [1967]) é de que a criança esquizoide se relaciona com um mundo subjetivo ou tem dificuldades em se relacionar com objetos externos ao seu *self*, o que se reflete na incapacidade do psicótico de circular livremente entre a realidade subjetiva e a realidade externa.

A partir da leitura de Coelho Jr. e Barone (2007), é constatado que a falha ocorre tanto em momentos de intrusão do ambiente quanto em momentos de ausência excessiva. Se a mãe é intrusiva e não permite que o bebê gradativamente deixe a ilusão, tenha a sua onipotência diminuída e encontre o princípio de realidade, há uma ruptura no seu ingresso ao espaço transicional: “se não há separação, não há necessidade de se comunicar” (p. 97). Se o seio o qual o bebê alucina não é encontrado com uma frequência satisfatória, ele não está devidamente abastecido para criar objetos transicionais: “se não se mantém internamente uma imagem do objeto do qual nos separamos, não há esperança de que o que está sendo comunicado encontrara um receptor” (p.97). Tanto a falta quanto o excesso podem ser “psicotizantes” e, em ambos os casos, as consequências são a incapacidade de metaforizar, fantasiar, desenvolver o pensamento e comunicar-se.

As falhas do ambiente nos primeiros meses de vida comprometem a possibilidade de que, em um momento posterior, a “tensão máxima do complexo de Édipo” (WINNICOTT, 1983 [1959-1964], p. 120) seja devidamente suportada. A psicose seria, desta forma, originada no momento de dependência absoluta ao meio ambiente e resultado de um conjunto elaborado de defesas que busca evitar uma repetição da desintegração, ou seja, a forte organização patológica de defesas é “destinada a dar um alerta em relação à desintegração” (1996 [1967], p. 23). Winnicott aponta, de maneira semelhante a Klein e aos pós-kleinianos, que os mecanismos primitivos observados nos psicóticos não são totalmente ausentes nos neuróticos.

Como consequência da impossibilidade do ambiente de se ajustar às demandas do sujeito totalmente dependente, os objetivos da integração, a personalização e as relações objetais não são devidamente alcançados, o que leva o sujeito psicótico a ter as seguintes características: “personalidade desintegrada, perda da capacidade de estar inserido no próprio corpo e de aceitar seus limites cutâneos, incapacidade de se relacionar com objetos, sentimento de irrealidade e de que o ambiente está irreal” (WINNICOTT, 1983 [1963b], p. 211). O delírio e o isolamento são as formas encontradas de resgatar a onipotência e a ilusão perdidas, e a relação com os objetos externos é consideravelmente comprometida:

[...] uma parte se relaciona com os objetos objetivos através de um falso *self*, a outra apenas com objetos subjetivos, parte esta não influenciada pela percepção objetiva do mundo. A comunicação com os objetos através de um falso *self* não carrega consigo o que Winnicott descreve como sensação de ser real [*sense of real*] (Coelho Jr., Barone; 2007, p. 90).

Se Klein e seus seguidores apontam a identificação projetiva como uma eventual forma de alcançar a comunicação com pacientes psicóticos, a noção winnicottiana de capacidade de estar só chama a atenção para a importância do respeito aos estados de não comunicação. Winnicott (1983 [1959-1964; 1963a, 1963b]) reconhece, assim como os demais autores, que a psicanálise tem dificuldade em atuar no campo da psicose, mas serão suas criativas e lúcidas sugestões a respeito das modificações necessárias no manejo clínico e na abordagem do fenômeno da loucura pelo psicanalista que terão um valor

inestimável para o trabalho do acompanhamento terapêutico, estas serão apresentadas nos capítulos seguintes.

## VII. A clínica da psicose e a função do acompanhante terapêutico

*Os psicanalistas que anseiam por tratar esquizofrênicos devem recordar-se que terão pela frente um grande número de dificuldades a princípio aparentemente insuperáveis, mas que cedem à compreensão psicanalítica mais profunda. Se, em razão dessas dificuldades, abandonamos a abordagem psicanalítica, renunciamos à esperança de alcançar maior insight psicanalítico.*

(Rosenfeld, 1991 [1952], p. 53).

Pensando nas contribuições dos autores ingleses, o acompanhante terapêutico entra em cena como um agente reparador, o que significa que sua função será a de reparar uma falha do ambiente e dos objetos com os quais paciente psicótico se relacionou quando bebê. O exercício clínico com psicóticos é marcado, entretanto, por diversos empecilhos que dificultam enormemente o trabalho do terapeuta, como já apontado por Freud nos primórdios da psicanálise. Parte dessa dificuldade é originada pelo funcionamento psíquico do paciente, que estabelece com o terapeuta uma relação precipitada e de grande dependência (BION, 1991 [1957a]). A natureza do trabalho com psicóticos mobiliza, também, respostas por parte do terapeuta, as quais serão discutidas no próximo capítulo.

Bion (1991 [1959]) descreve a identificação projetiva como o elo de ligação possível entre terapeuta e paciente psicótico, o qual sofrerá diversos ataques por parte do paciente ao longo do tratamento. Dentro da lógica kleiniana, o terapeuta é fortemente cindido pelo paciente, que ora sente amor por ele, ora sente ódio. Sobre a dificuldade mútua encontrada pelo paciente esquizoide e pelo terapeuta quando há tentativa de estabelecer um contrato terapêutico, Klein (1991 [1946]) escreve:

Sua atitude retraída e não-emocional, [...] certa hostilidade distanciada que permeia toda a relação com o analista criam um tipo de resistência muito difícil. Acredito que, e grande parte, sejam os processos de cisão os responsáveis pelo fracasso do paciente entrar em contato com o analista e pela sua falta de resposta às interações. O paciente se sente alheado e

distante, e esse sentimento corresponde à impressão do analista de que partes consideráveis da personalidade do paciente e de suas emoções não estão acessíveis (p. 35).

Mesmo se deparando com as complicações já enumeradas por seus antecessores, Bion, Rosenfeld e Segal alegavam ter alcançado melhoras consideráveis em seus pacientes, utilizando a mesma técnica kleiniana clássica empregada na análise dos pacientes neuróticos, ou seja, por meio da interpretação da transferência positiva e negativa (SPILLIUS, 1991). Era levada em consideração, porém, a limitação do paciente psicótico em estabelecer uma comunicação semelhante à dos pacientes neuróticos. Meltzer (1998) descreve “prestar maior atenção, como na análise de crianças, às ações do paciente no consultório” (p. 35) como uma postura que esses analistas julgavam necessária no tratamento de psicóticos.

Ogden (1996) refere-se à criação de um sujeito analítico que antes não existia como uma das consequências do processo analítico e da relação subjetiva entre analista e analisando: “considero o processo analítico como aquele em que o analisando é criado por meio de um processo intersubjetivo similar a aquele presente na identificação projetiva” (p. 42). Com base nisso, é possível refletir acerca do caráter transformador e criativo do acompanhamento terapêutico, no qual o sujeito contido na psicose tem a chance de se manifestar de maneira inédita. É de suma importância, também, compreender o lugar que a identificação projetiva ocupa dentro do tratamento de pacientes psicóticos.

Dessa forma, conforme comentado por Klein e reiterado por seus sucessores (BION, 1991 [1959]; ROSENFELD, 1991 [1971]), a identificação projetiva não se restringe a um mecanismo patológico, sendo sua utilização uma parte normal do desenvolvimento. Quando empregada de forma não excessiva pelo paciente, ela pode contribuir na construção de um vínculo terapêutico entre paciente e acompanhante terapêutico. Levando em conta a tendência do paciente psicótico em utilizar a identificação projetiva de forma patológica, cabe ao acompanhante terapêutico saber conduzir os atendimentos de forma a minimizar intervenções que podem ser recebidas pelo paciente como altamente persecutórias, maximizando o aspecto comunicacional da identificação projetiva.



Rosenfeld (1991 [1971]), Segal (1982) e Bion (1991 [1957a], 1984 [1957c]) abordam de outra maneira o que Freud (2014a 1916-1917b) chama de “indiferença” a fim de explicar a rejeição do paciente perante o analista. Bion (1984 [1957c]) cita a arrogância como forma manifestação do orgulho em uma personalidade na qual há predominância dos impulsos destrutivos. Para justificar que a fragilidade da transferência estabelecida pelo psicótico não é sinônimo de impossibilidade de vinculação, Segal (1982) também recorre à hipótese da existência da personalidade não-psicótica ao lado da personalidade psicótica proposta por Bion (1984 [1953], 1991 [1957a]), reivindicando que todo psicótico possui partes da personalidade capazes de formar uma relação de objeto, mesmo que frágil. Para Bion (1984 [1953]), existe uma parte psicótica da personalidade nos neuróticos, assim como existe uma parte da personalidade não-psicótica nos esquizofrênicos.

Por meio da identificação projetiva e em meio a um estado de confusão e de mistura com o analista, o psicótico projeta seus conteúdos mortíferos nele. Essa indiferenciação leva, em um segundo momento, à constatação do analista como uma figura terrorífica, que pode vir a retaliá-lo, como já havia sido formulado por Klein (1991 [1946]). Neste momento, impera sobre o paciente um estado confusional e os investimentos libidinais do psicótico são retirados de suas relações objetais, inclusive da relação com o terapeuta, que está indiferenciado do ambiente, o que ocasionaria o desdém ao qual Freud se refere. Nas palavras de Rosenfeld (1991 [1971]), o paciente age de maneira “passiva, silenciosa e indolente, exigindo tudo e não dando nada em troca” (p. 133). A indiferença é, portanto, consequência de uma transferência intensa e, ao mesmo tempo, frágil, que surge como uma defesa maníaca à dependência ameaçadora decorrente da identificação projetiva excessiva.

Segal (1982) ressalta a necessidade de que seja desenvolvido um trabalho constante, extenso e com um mínimo de interrupções: “[o terapeuta] deve permanecer constante e não variar seu papel de modo que as fantasias de controle onipotente dos objetos, por parte do paciente, possam sofrer gradualmente o teste da realidade” (p. 182). Assim como Segal, Winnicott (1983 [1960]) também aponta a consistência do terapeuta como fator imprescindível para que o tratamento da psicose possa ocorrer. É uma das funções do ambiente

facilitador adaptar-se às necessidades da criança, assim como introduzir o princípio da realidade em um momento compatível ao seu desenvolvimento (WINNICOTT, 1996 [1967]). Ele acrescenta, entretanto, que a postura e a presença do terapeuta são mais importantes que a interpretação, pois “o paciente não experimentou tal consistência no cuidado materno na infância, e se tiver de utilizar essa consistência terá que encontrá-la pela primeira vez no comportamento do analista” (WINNICOTT, 1983 [1960], p. 39).

Para progredir no estudo do conceito, é interessante considerar a divisão feita por Rosenfeld (1991 [1971]) que, ao examinar os diferentes tipos de identificação projetiva, distingue-os em dois: identificação projetiva utilizada para livrar o *self* de partes não desejadas; e identificação projetiva utilizada para comunicação. O primeiro tipo, de natureza mais evacuativa, tem como objetivo a negação da realidade psíquica (BION, 1991 [1957a]). Para livrar-se do conteúdo insuportável e aterrorizante, também chamado por Rosenfeld (1991 [1971]) de “partes loucas”, o psicótico busca depositá-lo no terapeuta, de forma a manter sua onipotência preservada. A contrapartida é a confusão e o medo de que o terapeuta possa retaliá-lo, devolvendo a loucura da qual o paciente tentou manter distância.

Já o segundo tipo, a identificação projetiva comunicativa, permite ao paciente psicótico comunicar partes de sua existência que não poderiam ser informadas, utilizando o pensamento verbal. A mãe compreensiva ou suficientemente boa recebe as angústias insuportáveis do bebê e pode tolerá-las dentro de si, pois está suficientemente em sintonia com o bebê para identificar-se com seu sofrimento. Sua conduta servirá como uma maneira de aliviar o bebê aterrorizado, pois por meio dela serão devolvidas projeções menos persecutórias e melhor metabolizadas. Bion (1991 [1959]) relata que sua experiência clínica com pacientes esquizofrênicos o leva crer que a identificação projetiva é tão presente na análise de psicóticos, pois eles encontram, no contexto analítico, a chance de utilizar um mecanismo defensivo que parece ser vital para a sua sobrevivência e que não pôde ser devidamente utilizado no início da vida:

Quando o paciente esforçava-se por se livrar dos temores de morte sentidos como demasiado poderosos para que sua personalidade os contivesse, ele excindia seus temores e os colocava dentro de mim, com a ideia de que, se

lhés fosse permitido repousar ali por tempo suficiente, minha psique os modificaria, podendo então ser reintrojetados sem perigo (p.104).

A questão da interpretação no processo terapêutico de psicóticos gera polêmica entre os autores e deve ser analisada com cautela na clínica contemporânea do acompanhamento terapêutico. Rosenfeld (1991 [1971]) sugere que a forma que o analista encontrará de devolver as projeções destrutivas do paciente psicótico será a interpretação da transferência por meio de palavras, pois assim a parte sadia (personalidade não psicótica) do paciente poderá introjetar e tolerar seus impulsos destrutivos de maneira organizada. Um terapeuta perceptivo tem discernimento suficiente para notar qual tipo de identificação projetiva está sendo empregada, se é a que visa à comunicação ou à descarga de angústia persecutória. Um paciente mais comunicativo e menos evacuativo seria capaz de tolerar as interpretações. No mesmo texto, entretanto, Rosenfeld (1991 [1971]) enfatiza que os dois tipos de identificação projetiva ocorrem ao mesmo tempo.

Klein (1991 [1946]) já sugeria que o paciente psicótico dificilmente pode aderir à interpretação, não sabendo aceitá-la e tampouco rejeitá-la. Bion (1991 [1959]) fala de situações nas quais o paciente sente que o analista evacua tão rapidamente suas projeções que estas não sofrem qualquer tipo de modificação que as torne mais palatáveis, e também retornam com maior violência. Por conta da fragilidade do paciente e da ausência de experiências suficientemente boas no processo de construção de seu psiquismo, para Winnicott (1983 [1960]), o trabalho do analista deve dizer respeito à reparação de falhas mais básicas:

As mudanças ocorrem na análise quando os fatores traumáticos entram no material psicanalítico do jeito próprio do paciente, e dentro da onipotência do mesmo. As interpretações que podem mudar coisas são aquelas que podem ser feitas em termos de projeção (p. 38).

Não seria a interpretação, quando empregada inadequadamente ou em excesso, uma forma de forçar para dentro do paciente fragmentos dos quais ele tentou se livrar? Além disso, dentro da lógica bioniana, não poderia ser a interpretação percebida pelo psicótico como uma exibição do terapeuta como detentor de um conhecimento a respeito do paciente que será recebida por ele como excessiva e aterrorizante?

Em alguns pacientes a privação da utilização da identificação projetiva normal provoca um desastre por meio da destruição de um importante elo de ligação. Inerente a esse desastre é o estabelecimento de um superego primitivo, que nega a utilização da identificação projetiva [tradução nossa] (Bion, 1957c, p. 92).

Ainda seguindo o raciocínio de Bion (1991 [1957a]), a necessidade da utilização cautelosa de interpretações verbais também se justifica pelo comprometimento significativo do pensamento verbal do paciente psicótico, conforme já descrito no capítulo IV. É possível pensar que se a mãe capaz de *rêverie* deve “interpretar” a vivência do bebê por meio de ações como, por exemplos, pegá-lo no colo, olhar para ele, alimentá-lo e narrar a construção de sua história, o acompanhante terapêutico também pode agir de maneira terapêutica sem utilizar interpretações como aquelas que seriam observadas na clínica psicanalítica tradicional. Sua presença e a manutenção do vínculo podem ter caráter transformador. Vale ressaltar, entretanto, que Bion (1984 [1957c]) defende a interpretação verbal dos mecanismos de cisão e identificação projetiva utilizados pelo paciente na sessão, assim como dos estados confusionais e das alucinações.

A leitura de Klein (1991 [1952]) auxilia na discussão acerca do papel do acompanhante terapêutico como agente da manutenção de um ambiente favorável para receber a identificação projetiva do paciente, o que pode resultar em uma eventual introjeção menos persecutória. Assim, Klein (1991 [1952]) aponta que

os fatores externos desempenham um papel vital desde o princípio, já que temos razões para supor que todo estímulo ao medo persecutório reforça os mecanismos esquizoides, isto é, a tendência do ego para cindir a si mesmo e ao objeto, enquanto toda experiência boa fortalece a confiança no objeto bom e contribui para a integração do ego e para a síntese do objeto (p. 91).

No tocante à compreensão da necessidade de recorrer a novas estratégias clínicas no trato da psicose, é na obra de Winnicott que é possível encontrar uma valiosa contribuição. Ao descrever algumas das diferenças entre o paciente neurótico e o psicótico, Winnicott (1983 [1963a]) conclui que o assistente social pode ter mais a oferecer para o tratamento das psicopatologias graves que o psicanalista, uma vez que o primeiro não tem como referência os princípios básicos do processo analítico e pode fornecer uma nova provisão

ambiental. A ideia de que a manutenção do meio ambiente pode ser mais importante que as interpretações verbais já havia sido explorada por Winnicott no texto *O ódio na contratransferência* (1982 [1949]) visto que o ambiente da vida primitiva do psicótico pode não ter fornecido a ele um número suficiente de experiências boas.

Eu penso em cada assistente social como sendo um terapeuta, mas não como o terapeuta que elucida a neurose de transferência. Façam-na se quiserem, mas sua função mais importante é a terapia do tipo que é sempre conduzida pelos pais na correção de falhas relativas da provisão ambiental (Winnicott, 1983 [1963a], p. 204).

A descrição que Winnicott (1983 [1963a]) faz do assistente social parece ir coincidir com a função do acompanhante terapêutico contemporâneo. Seu relato sugere que, por não ter a interpretação da neurose de transferência como objetivo, o assistente social ou o acompanhante terapêutico podem fornecer continência ao paciente, utilizando instrumentos mais adequados que a interpretação e o *setting* clínico convencional. No mesmo texto, ele descreve com exatidão alguns dos pré-requisitos do trabalho do acompanhante terapêutico de psicóticos, enfatizando a importância de maximizar o potencial de sua atuação e de reconhecer as limitações do trabalho e do paciente, assim como suas frequentes manifestações de caráter destrutivo:

Você se dedica ao caso. Você aprende a saber como é sentir como o seu cliente. Você se torna digno de confiança para o campo limitado de sua responsabilidade profissional. Você se comporta profissionalmente. Você se preocupa com o problema de seu cliente. Você aceita ficar na posição de um objeto subjetivo na vida do cliente, ao mesmo tempo em que conserva seus pés na terra. Você aceita o amor, e mesmo o estado de enamorado, sem recuar e sem representar sua resposta. Você aceita o ódio e o recebe com firmeza, ao invés de como vingança. Você tolera, em seu cliente, a falta de lógica, inconsistência, suspeita, confusão, debilidade, mesquinhez, etc. e reconhece todas essas coisas desagradáveis como sintomas do sofrimento. [...] Em todas essas emergências você reconhece o pedido de socorro de seu cliente, ou um grito de desespero por causa da perda da esperança nessa ajuda (Winnicott, 1983 [1963a], p. 205-206).

Cassorla (1998) cita diversos casos de psicóticos que atendeu ao longo de sua trajetória como analista e chega à conclusão de que o papel do psicanalista deve ser constantemente reinventado, seja qual for o público atendido. A reinvenção inclui o questionamento de normas técnicas que não dão conta das particularidades de uma determinada estrutura psíquica. Quanto ao

*setting*, Cassorla assinala que o enquadre não pode limitar os movimentos físicos e mentais do paciente e do analista, servindo mais como uma “película contensora” do que como uma “moldura rígida” (1998, p. 16). Mais importante que o *setting* espacial é o *setting* mental proporcionado pelo analista, como Segal (1982) e Winnicott (1983 [1960, 1963a]) discutem ao enfatizar a importância do investimento consistente no paciente por parte do terapeuta.

As ideias de Cassorla encontram ressonância na proposta do acompanhante terapêutico que, segundo Barbosa (2006), deve movimentar a imobilidade do psicótico, compartilhando, “em sua própria vivência, a intensidade de seu sofrimento” (2006, p. 28). A atuação do acompanhante terapêutico não tem, necessariamente, regras ou um objetivo fixo, sendo o trajeto que ele irá percorrer com o paciente bastante imprevisível. O plano de intervenção do terapeuta é desenhado em conjunto com o paciente, sendo modificado de acordo com as novas demandas que surgem a partir das diferentes faces da personalidade do paciente, as quais podem apresentar aspectos integrados em alguns atendimentos, e mais desorganizados em outros.

A função do terapeuta como articulador do real, proposta por Segal (1982), necessita de alguns acréscimos para que possa permanecer atual. A introdução da realidade só pode ser benéfica ao psicótico se corresponder diretamente aos interesses de sua subjetividade. Dias (2006) caracteriza o mundo privado do psicótico como sendo separado do público por um traço divisor muito frágil, mas não inexistente, e adiciona que, por conta dessa confusão, “o privado se encontra privado de privação. [...] esse traço só poderá agir em sua dimensão de separação caso alguém esteja do lado do sujeito” (p. 42).

O que significa estar ao lado do sujeito? Cassorla (1998), aponta uma possível estratégia que o terapeuta pode utilizar frente ao paciente:

O analista, para poder entrar em contato com seu paciente, terá que deixar-se invadir pelos aspectos psicóticos, de uma forma controlada. Isso é possível se o profissional efetua uma cisão sadia, em que uma parte de nossa mente se deixa tomar e entra dentro do mundo psicótico, enquanto outra parte observa o que ocorre, no analista e na dupla analítica. Dessa forma, tentamos decifrar os códigos incompreensíveis do mundo psicótico, a partir de nossas próprias experiências. Esperamos que o paciente, com o tempo, faça o mesmo, introjetando aspectos da função analítica. Mais ainda: a relação analítica permitirá que a dupla, durante o processo de decifração, viva **novas** experiências, criando sentidos e significados nunca vividos pelo paciente [grifo meu] (p. 3).

O foco dado pelos analistas pós-kleinianos ao estudo das posições esquizoparanoide e depressiva e à investigação da identificação projetiva são importantes contribuições ao estudo da psicose. Os autores pós-kleinianos indicam que não é a ausência, mas sim o caráter dessa relação de objeto que torna o processo terapêutico de psicóticos lento, processo que é muitas vezes caracterizado por avanços dificilmente apreendidos pelo terapeuta. O desafio que se coloca ao terapeuta é o de suportar as “partes loucas” (ROSENFELD, 1971) do paciente dentro de si, as quais se aproximam da parte psicótica de sua própria personalidade. Mais especificamente, o interesse de Bion em buscar novas formulações teóricas e técnicas para poder enfrentar os fenômenos intrigantes com os quais se depara nessa prática clínica está intimamente relacionado à atuação do acompanhante terapêutico na contemporaneidade.

Winnicott (1983 [1963a]) acrescenta uma valiosa contribuição ao sugerir um novo manejo por parte de quem pretende tratar a loucura por meio da utilização da teoria psicanalítica, sobretudo quando propõe que as interpretações sejam empregadas em menor quantidade possível, e nunca da maneira como seriam utilizadas na análise padrão um paciente neurótico. Algumas formulações kleinianas também corroboram para que isso seja adotado. As descrições de Winnicott se assemelham ao trabalho visado pelos acompanhantes terapêuticos, os quais expressam a importância de desenvolver um tratamento ousado, dinâmico e inovador, possibilitando uma reflexão bastante contemporânea quanto aos limites técnicos e éticos da clínica da psicose.

## VIII. As respostas do acompanhante terapêutico frente ao paciente psicótico

*Sugerir que não somos afetados pela destrutividade do paciente ou por suas dolorosas tentativas de nos alcançar não representa neutralidade, mas sim dissimulação e impermeabilidade [tradução nossa].*

(Pick, 1985, p.164).

Quando o funcionamento de uma sessão de acompanhamento terapêutico de um paciente psicótico é pensado dentro da dinâmica da identificação projetiva, não é difícil imaginar o quão mobilizador esse trabalho pode ser para o terapeuta. Winnicott (1982 [1949]) comenta o quanto as manifestações extremamente odiosas ou amorosas do paciente psicótico deixam o terapeuta desorientado e às vezes incapaz de manejar devidamente o *setting*. Ao se utilizar do mecanismo de identificação projetiva, o projetor vivencia o objeto como parte de si próprio e exerce uma pressão sobre o receptor da projeção de forma a buscar mobilizar nele uma reação (PICK, 1985). Conforme apontado por Spillius (1994), no contexto terapêutico essa manifestação da identificação projetiva é verificada pela vivência do terapeuta de um conteúdo que o paciente não pode conter ou representar, sendo a projeção deste conteúdo a forma mais eficiente que o paciente encontra para lidar com ele. O terapeuta não apenas recebe o conteúdo projetado pelo paciente, mas passa a efetivamente vivê-lo.

A mãe dotada da capacidade de *rêverie* permite ser habitada pelo bebê e consegue exercer a função continente de maneira a vivenciar e pensar o conteúdo, ou seja, os sentimentos e os pensamentos com os quais ele não pode lidar. Segundo Ogden (1996), a dialética continente-conteúdo da identificação projetiva de Bion tem uma enorme contribuição para o estudo do conceito, pois amplia a noção do recipiente da projeção como aquele que apenas dá forma ao conteúdo não metabolizado pelo bebê e o devolve de maneira mais inteligível. Bion sugere que a mãe “é criada pelo bebê ao mesmo tempo em que o está criando” (OGDEN, p. 41, 1996) e assim devolve a projeção que recebeu de



maneira singular, atravessada pela sua própria experiência. Essa ideia é fundamental para a compreensão da contratransferência no acompanhamento terapêutico com pacientes psicóticos, pois enfatiza a influência que o efeito inquietante do contato com a psicose tem na atuação do acompanhante terapêutico. Bion (1984 [1953]) menciona que “a contratransferência deve exercer uma função importante na análise do esquizofrênico” (p. 24). Para Ogden (1996)

o bebê desenvolve, de modo paradoxal, a capacidade de vivenciar seus próprios pensamentos e sentimentos por meio de uma experiência com a mãe, em que esta experimenta os pensamentos impensáveis e os sentimentos ainda não toleráveis do bebê como seus (p. 39).

Retomando a discussão do capítulo anterior, Bion (1991 [1959]) descreve episódios nos quais o paciente psicótico pode sentir que o terapeuta está se recusando a receber suas projeções. Assim como em sua relação com a mãe que não foi suficientemente boa ou compreensiva, o psicótico se encontra preso em um estado de amedrontamento frente ao terapeuta, uma vez que ele sente a necessidade crescente de projetar o conteúdo insuportável com um nível de violência cada vez maior, o que resulta, no pensamento kleiniano, em um retorno igualmente violento do conteúdo sob a forma de perseguidores. A mãe que falha não aceita conter a projeção ou é invadida por uma enorme angústia quando a contém. É importante pensar, entretanto, que o terapeuta não deve ser depositário passivo de toda e qualquer projeção do paciente, mas precisa exercitar a sua capacidade de suportar a loucura do paciente o tanto quanto conseguir. Bion (1991 [1959]) descreve a complexa tentativa de suportar as projeções sem enlouquecer com elas:

Era esse medo [de morrer] que a criança não podia conter, e que se esforçava por excindir, juntamente com a parte da personalidade na qual se encontrava o mesmo, projetando-o para dentro da mãe. Uma mãe compreensiva é capaz de experimentar a sensação de pavor – com a qual esse bebê se esforçava por lidar via identificação projetiva – e, ainda assim, manter uma visão equilibrada (p. 104).

Pick (1985) aponta que, ao negligenciar seus sentimentos perante o paciente, o terapeuta corre o sério risco de atuar de maneira prejudicial ao tratamento quando a parte cindida e negada da personalidade – ou seja, aquilo que é mobilizado nele pelo paciente - retornar. Essa ideia encontra ressonância

no que é colocado por Winnicott (1982 [1949]), que defende a importância de reconhecer o ódio que se sente pelo paciente, pois o não reconhecimento do ódio pode levar o terapeuta a atuar seu ódio de forma a não contemplar o caráter terapêutico visado na clínica das psicoses. Winnicott é categórico ao dizer que “os fenômenos da contratransferência, às vezes, serão as coisas mais importantes na análise” (p.342).

É extremamente relevante pensar no quanto o caráter destrutivo das projeções do paciente psicótico influencia a postura do terapeuta ao longo do processo de um acompanhamento terapêutico. Ele está tentando se livrar da pulsão sem representação e não ligada, a pulsão de morte, que se expressa por meio da angústia persecutória. Ao expulsar esse conteúdo e tentar inseri-lo dentro do terapeuta, ele mobiliza no terapeuta um estado de confusão semelhante a aquele sentido por ele próprio. Para Segal (1988), “na situação analítica, a projeção da pulsão de morte é frequentemente muito potente e afeta a contratransferência” (p. 36), e também cita o torpor, o desespero e o pessimismo como respostas frequentes do analista. Segal (1988) utiliza a palavra “estática” (p. 37) para caracterizar uma terapia na qual o terapeuta não pode se dar conta das projeções de natureza mortífera que o paciente direciona a ele. O’Shaughnessy (1994) descreve um apreço excessivo pelas palavras do paciente e pouca atenção às suas identificações projetivas como uma frequente falha contratransferencial do terapeuta que trabalha com psicose.

Como ensina Winnicott (1983 [1958]), o silêncio e o isolamento também são formas de defesa encontradas pelo psicótico, manifestações que demandam intervenções cuidadosas por parte do terapeuta. Uma vez que, durante a vida primitiva, a perturbação do refúgio no mundo subjetivo por parte da mãe intrusiva pode ter sido um fator “psicotizante”, o acompanhante terapêutico deve estar atento para que sua angústia perante o silêncio não o leve a atuações que podem ser sentidas pelo psicótico como invasivas. O texto *A capacidade para estar-só* de Winnicott (1958) é importante por levar à constatação de que não apenas a projeção de conteúdos destrutivos pode ser desestruturante para o acompanhante terapêutico como também a não-comunicação do paciente.

Winnicott (1982 [1949]) dedica todo o texto *O ódio na contratransferência* ao exame do potencial declínio de qualidade do vínculo terapêutico em situações

nas quais o terapeuta não pode enxergar o ódio que sente pelo paciente psicótico, chegando a afirmar que, sem reconhecer este ódio, o trabalho não pode sequer ser realizado. A percepção das respostas emocionais do terapeuta que atende pacientes psiquiátricos é tão importante, segundo ele, quanto o estudo dos estádios primitivos do desenvolvimento humano que resultam na psicose. Quanto melhor o terapeuta puder reconhecer o estranhamento e o ódio causados pelo seu contato com o psicótico, menos esses sentimentos influenciarão o seu trabalho. Dessa forma,

é importante que estudemos as maneiras através das quais a ansiedade de qualidade psicótica, assim como o ódio, são produzidos naqueles que trabalham com pacientes psiquiátricos seriamente doentes. Somente desta maneira pode haver qualquer esperança de se evitar a terapia que se adapta às necessidades do terapeuta em vez de se adaptar às necessidades do paciente (Winnicott, 1982 [1949], p. 353).

Considerando a necessidade de tomar consciência da contratransferência em vez de reprimi-la, a percepção do terapeuta é um instrumento de grande valor no entendimento do funcionamento do paciente psicótico. Um dos desafios do trabalho psicanalítico é, para Pick (1985), valorizar a experiência do terapeuta de maneira que não seja ignorada a importância da adesão à teoria e à técnica construídas ao longo da história da psicanálise. Feldman (1994) adverte, entretanto, que o terapeuta deve ser cauteloso e não generalizar o emprego da cisão e projeção de conteúdos destrutivos por parte do paciente como forma de justificar todo e qualquer tipo de limitação encontrada no exercício clínico. Ele aponta que

nós devemos, sem dúvida, ser cuidadosos em evitar a tentação de “culpar” nossos pacientes por nossa própria falha de compreensão ou de técnica, [...] e é muito fácil atribuir a maioria das dificuldades de uma análise ao uso de identificação projetiva pelo paciente (Feldman, 1994, p. 101).

Para Pick (1985), devem ser analisadas minuciosamente as respostas do terapeuta frente ao paciente, um trabalho que deve ser paralelo ao de metabolização das projeções do paciente, já que não é possível receber a experiência confusa do paciente sem que nasça, neste processo, uma experiência enlouquecedora por parte do próprio terapeuta. Por meio da utilização do que Bion chama de *rêverie* posterior do analista, O'Shaughnessy (1994) sugere que exista uma reflexão posterior à sessão por parte do terapeuta

com a finalidade de organizar a confusão deixada pelo paciente. Winnicott (1982 [1949]) também chama a atenção para a importância da análise pessoal, constatando que o trabalho com o psicótico só é possível quando conteúdos muito primitivos do terapeuta podem ter sido explorados em seu próprio tratamento.

Os mecanismos de defesa do terapeuta são ativados pelo que há de desconcertante nas manifestações transferenciais do paciente, sejam elas projeções maciças e agressivas, atendimentos maçantes ou confusões alucinatórias. A identificação projetiva inquietante da psicose leva o acompanhante terapêutico a sentir-se indiferenciado dele, a levantar suas defesas a fim de expulsar o que foi depositado em si pelo paciente e, como resultado, a retirar a libido que investia no processo terapêutico. Em outras palavras, o acompanhante perde sua capacidade de criar e de atender às demandas do sujeito psicótico. Para poder desenvolver o tratamento, o acompanhante terapêutico deve se permitir ser invadido pelo psicótico e por suas projeções, pois só assim entra em contato com seu objeto de trabalho propriamente dito. Assim,

sabemos que o problema básico, na psicanálise de psicóticos, é poder entrar em seu mundo perturbado, e deixar que esse mundo nos penetre. Mergulhar profundamente num espaço “anespacial” ou infinito, num tempo interminável ou comprimido, num mundo em que não existem referenciais coerentes, permeado de violência e morte impensáveis, nos seria totalmente impossível se não tivéssemos vivido experiências similares, que continuam como ruínas “arqueológicas”, em nosso mundo interno (Cassorla, 1998, p.2).

É com a construção desse espaço no qual o paciente pode projetar sua pulsão de morte e seu sofrimento para fora de si que se inicia o tratamento e a sua respectiva função terapêutica. A capacidade de constatar o inquietante e aceitar seu efeito sobre a sua própria pulsão de morte permite que o acompanhante terapêutico entre em cena. Se o terapeuta sobreviver a esses ataques, o paciente poderá aliviar minimamente o seu corpo, que sofre e não encontra conforto nas palavras.

É na possibilidade de os sintomas se deslocarem do corpo, da falta de representabilidade, para o terapeuta que está a possibilidade de transformação. O acompanhante terapêutico e seu trânsito por diferentes espaços será o lugar de identificação projetiva (Blum, 2006, p. 71).

As muitas respostas do acompanhante terapêutico frente à psicose reforçam a necessidade de que sejam consultados diversos teóricos a fim de que a técnica possa estar sempre alinhada aos fenômenos observados no tratamento deste tipo de pacientes. Não são apenas a técnica e o enquadre clínico do acompanhante terapêutico que devem estar em constante transformação a fim de que permaneçam eficientes. Sua compreensão de si próprio e de suas atuações frente ao seu aliado, o paciente, precisa ser constantemente atualizada para que o analista não fuja de cena e não deixe de fornecer um trabalho efetivamente terapêutico ao sujeito contido na loucura.

## **IX. Caso clínico de um paciente com um diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia**

### **a) Renunciando ao “higienismo” e bancando um contrato enlouquecedor**

Após ter concluído os seminários teóricos de um curso sobre introdução ao acompanhamento terapêutico e ter sido aprovado no processo seletivo referente ao estágio proposto pelo curso, fui encaminhado a um grupo de supervisão e tive uma reunião com o coordenador do Serviço Residencial Terapêutico no qual eu trabalharia. O coordenador me indicou como acompanhante terapêutico do morador mais recente da residência, que nunca havia sido acompanhado individualmente. Com base no relato da coordenadora, minha primeira fantasia foi a de estar diante de um trabalho árido, visto que ela enfatizou, antes de nosso primeiro encontro, que se tratava de um paciente que praticamente não falava e manifestava poucos desejos, angústias e sentimentos. O paciente já havia sido esquecido por trabalhadores da residência terapêutica em duas ocasiões, durante excursões a eventos como a festa junina do CAPS e uma viagem. A justificativa era de que, ao contrário de outros moradores do mesmo local, ele não causava grandes problemas e não chamava a atenção.

A história de Antônio é lacunar e nebulosa, visto que não há registro de nenhum de seus familiares, apesar dos esforços dos trabalhadores da residência terapêutica em encontrá-los. Sua idade hoje situa-se na faixa dos 60 anos e estima-se, pelo seu relato, que quase 30 anos de sua vida foram passados em situação de rua. Antônio chegou à residência terapêutica há 6 anos, após ter sido vítima de um atropelamento. No pronto socorro onde foi atendido, Antônio relatou que morava no cemitério, e recebeu a hipótese diagnóstica de esquizofrenia residual, com base na seguinte justificativa do psiquiatra: pensamento desorganizado, embotamento afetivo, déficit cognitivo (compreensão, atenção e memória), dificuldade de expressão com redução do universo vocabular, contato olho no olho reduzido, isolamento afetivo, pragmatismo reduzido e a informação de que “sem o haldoperidol, fica irritadiço e vociferante”. Ele foi encaminhado a um hospital psiquiátrico e, em seguida, à residência terapêutica. A perna de Antônio é visivelmente marcada pelos traumas decorrentes do atropelamento, comprometendo levemente sua capacidade de caminhar. A hipótese diagnóstica que consta no prontuário de

Antônio no CAPS é de esquizofrenia paranoide, fazendo atualmente uso dos medicamentos risperidona, fenobarbital e biperideno.

Alguns dos dados recolhidos a partir de seu discurso são que ele vivia em uma cidade pequena, que seu pai teve inúmeros filhos, bebia muito e batia na sua mãe. Antônio estudou até a terceira série do ensino fundamental, mas lê e escreve. Ele reporta ter saído de casa por brigar muito com seu pai e, em um primeiro momento, ter trabalhado como auxiliar de pedreiro. Pelo seu relato, a etapa seguinte de sua vida já foi passada na rua. Com base nos relatórios de seu prontuário, ao longo dos dois anos seguintes à sua entrada na residência, Antônio apresentou maior autonomia, participação nas tarefas da casa, maior interação com os trabalhadores e demais moradores da residência. O meu trabalho de acompanhamento terapêutico com Antônio teve início pouco mais de dois anos e meio após seu ingresso na residência, e o trabalho já dura dois anos e dez meses.

Em nosso primeiro atendimento formal, Antônio permaneceu em silêncio, mas posicionou, logo nos primeiros minutos, duas cadeiras em uma sala vazia da residência, uma em frente à outra. Mesmo na ausência de palavras e dentro de toda a minha inexperiência, naquele momento ficou claro que haveria a possibilidade de que um encontro entre nós efetivamente ocorresse. Os primeiros meses foram de difícil digestão para mim, já que eu encontrei grande frustração ao oscilar entre alguns atendimentos mais produtivos e outros nem tanto. Mesmo assim, fiquei surpreso com o fato de que Antônio rapidamente demonstrou disponibilidade em comunicar-se e, desde o início, a quantidade de interações verbais entre nós cresceu em uma progressão inesperada.

A comunicação com Antônio nunca deixou de ser difícil, visto que ele demora para falar, e quando o faz é em um tom muito baixo, formando frases curtas e articulando pouco as palavras. Muitas vezes ele não responde às perguntas e ignora algumas interações. Desde o primeiro encontro, entretanto, eu sou uma das únicas pessoas com as quais Antônio se comunica verbalmente, juntamente com alguns moradores e trabalhadores da residência. Em outros contextos, Antônio não costuma responder quando é abordado, mesmo que por pessoas conhecidas. Quando deseja comprar um refrigerante ou comida, Antônio interage com os funcionários de bares e lanchonetes utilizando uma ou

duas palavras, no máximo: “água”, “café”, “coca”. Algumas vezes me incomodou a aparente indiferença de Antônio frente à ternura e à delicadeza de muitos dos funcionários dos locais que ele frequenta diariamente. Os atendentes interagem com ele, o cumprimentam, fazem perguntas, mas não recebem qualquer tipo de resposta.

Quando Antônio frequenta o CAPS para oficinas ou para o seu grupo semanal, ele não interage com seu profissional de referência ou com os demais usuários. A queixa de alguns dos profissionais do CAPS é de que Antônio não suporta ficar dentro de uma oficina ou de um grupo por mais de dez ou quinze minutos. Muitas vezes ele retorna para a residência sem ter pego seus medicamentos no CAPS, que são distribuídos ao final do grupo.

Em nossas conversas, frequentemente apareciam conteúdos relacionados à morte. Antônio me relatou como muitas vezes optava por dormir no cemitério em seus anos na rua e como era lá o local onde visitava a seus amigos, todos policiais militares, em um mausoléu. Ele também relatou como precisou se esconder dentro de um túmulo em uma ocasião na qual policiais entraram no cemitério. Uma pergunta que Antônio me faz até os dias de hoje, em quase todas as vezes nas quais nos encontramos, é se eu já pensei em suicídio. Ele em seguida complementa a pergunta dizendo que, quando morava na rua, pensou em se jogar de uma ponte uma vez, mas acabou desistindo. Antônio também contou mais de uma vez sobre uma de suas irmãs mais novas, que morreu quando bebê e foi sepultada por policiais. Muitas vezes ele atravessa ruas no meio do quarteirão e até mesmo avenidas movimentadas, com carros passando em alta velocidade, o que me aflige significativamente.

Em supervisões ao longo dos dois primeiros anos, identifiquei e agrupei uma série de passagens dos atendimentos como sendo da ordem do mortífero. Quando passamos pelos portões de casas com cachorros bravos, que latem incessantemente, Antônio coloca os dedos para dentro do portão e os cachorros ameaçam mordê-lo. Um cachorro chegou a morder sua mão em uma ocasião, que ficou marcada por algumas semanas. O contato com situações que eu relacionava como sendo da ordem da autodestruição – correr o risco de ser novamente atropelado ou de ser mordido por um cachorro bravo – me causa desconforto.



Apesar de receber um benefício mensal (LOAS) e possuir seu próprio dinheiro, Antônio continua repetindo algumas atitudes que remontam a seus tempos vivendo na rua. Uma vez ele narrou como comeu uma marmita que encontrou na praça próxima à residência, que havia sido jogada fora. Ele muitas vezes sai pelo bairro sem dinheiro e passa por inúmeros bares e comércios pedindo água ou café. Já presenciei situações nas quais os funcionários dos bares se enfureceram com os pedidos e responderam de maneira grosseira e agressiva, o que não o impede de continuar passando pelos mesmos locais.

Para o grande incômodo dos trabalhadores da residência terapêutica, Antônio também cultiva o hábito de recolher lixo das ruas e, às vezes, decide levá-lo para casa e guardá-lo em seu armário. Durante muito tempo, minha intervenção quando presenciava tal cena era a tentativa de convencer Antônio a devolver o lixo à rua, a não levá-lo de volta para casa consigo, pois ele agora não precisaria mais recolher nada da rua, tinha recursos materiais suficientes para comprar a comida e os objetos que quisesse. Demorei bastante para perceber quão equivocada e infundada era essa intervenção, mas essa discussão será desenvolvida mais adiante.

Me chamava a atenção o seguinte fato: a mendicância parecia ser marcante para Antônio e algo parecia a impeli-lo a ocupar o lugar de pedinte, mesmo que não fosse mais necessário. O próprio Antônio enfatiza, em tom de gratidão, que não tem mais desejo de morrer, visto que agora mora tem “um teto, comida e cama”. Mesmo assim, quando perguntado sobre seus colegas moradores da residência ou sobre sua festa de aniversário realizada alguns dias antes, Antônio respondia que não tinha amigos (além dos policiais militares do cemitério) e que nunca teve festas de aniversário. Em um primeiro momento, me intrigava o fato de que aquilo que existia de positivo e construtivo não fosse marcante.

Algumas vezes, Antônio me abandonava em uma sala da residência e não retornava. Em outros, não o encontrava na residência quando chegava para atendê-lo, precisava procurá-lo pelo bairro. Sobretudo no primeiro ano de acompanhamento, quase sempre os atendimentos tiveram a mesma configuração, realizávamos o mesmo trajeto no bairro e passávamos pelos mesmos locais. Nenhuma sugestão minha de que circulássemos por um local

diferente foi aceita por ele. Nesse período, muitas vezes me senti fisgado pela postura vagarosa, circular e desvitalizada de Antônio, indo aos atendimentos com a sensação de que já sabia tudo o que aconteceria na próxima hora. Acredito que não foram poucos os atendimentos nos quais senti que meu pensamento e minha capacidade de atuar sobre a situação estavam paralisados.

A partir disso, passei a sentir uma crescente frustração. O desdém de Antônio frente à gentileza com a qual pessoas do seu cotidiano o tratavam, sua relutância em aceitar qualquer tentativa minha de manejar a configuração repetitiva dos atendimentos, sua frequente exposição a situações perigosas como os atropelamentos e a forma como ele por vezes parecia ignorar minha presença foram alguns dos fatores que me fizeram questionar o sentido do meu trabalho como acompanhante terapêutico.

Com as leituras e a supervisão, percebi que o trabalho com psicóticos é semelhante à construção de um castelo de cartas. O vínculo é frágil, manejá-lo exige muita paciência, atenção e dedicação. É comum ter a sensação de ter feito grandes avanços e ter grandes expectativas para o futuro do trabalho, entretanto, é também possível que você se depare com o castelo totalmente desmoronado. Surge então a necessidade de reiniciar o processo com o mesmo afinho de antes e com a mesma cautela. Nesses momentos, tentei me lembrar dos momentos nos quais Antônio pareceu colaborar para o andamento do trabalho e valorizar a evolução por ele apresentada.

Já menos tomado pela angústia de me deparar com repetições infindáveis e um terreno que parecia totalmente infértil, comecei a identificar pequenos avanços no meu vínculo com o paciente e em suas relações com outras pessoas. Antônio passou a demonstrar uma crescente capacidade de estabelecer comunicação verbal comigo. Após cerca de um ano, quando precisávamos realizar os atendimentos dentro da residência e não podíamos recorrer ao espaço da rua (mais favorável para o desenvolvimento dos atendimentos no caso de Antônio), ele passou a tolerar passar longos períodos sentado na minha companhia, conversando. O paciente cada vez mais passou a introduzir tópicos e falar mais espontaneamente. Durante períodos de férias, Antônio perguntava aos trabalhadores da residência o motivo de minha ausência naquelas semanas.

No retorno das minhas últimas férias, inclusive, ele me perguntou o porquê de eu não ter aparecido nas semanas anteriores.

Quando completei um ano de atendimento e encerrei o estágio ao qual estava vinculado no início do trabalho, os trabalhadores da residência terapêutica sugeriram que eu desse continuidade ao trabalho, pois acreditavam que os atendimentos tinham grande importância para Antônio. Marquei uma reunião no CAPS com sua referência e o coordenador da residência. Quando perguntamos a ele se era de seu interesse dar continuidade aos atendimentos, Antônio assinalou que “sim” com a cabeça e respondeu: “O Pedro é meu amigo”. A partir de então, combinamos um horário semanal fixo e o pagamento de um preço simbólico a cada encontro, para auxiliar no financiamento da supervisão. Após o término de cada atendimento, nos dirigimos à sala da residência na qual fica guardado o dinheiro dos moradores e assinamos a nota fiscal que diz respeito à sua despesa. É então que um dos profissionais da residência entrega a quantia referente ao atendimento a Antônio e ele, depois de alguns segundos, me repassa o dinheiro.

No início do trabalho, tomei a postura de Antônio frente aos atendimentos como desdenhosa e indiferente, mas com o tempo pude afinar minha escuta e minha percepção e ver que, desde o início, com o posicionamento de duas cadeiras e não de apenas uma, o vínculo tinha potencial para florescer. Percebi que, por meio de um processo lento e com muita perseverança, minha presença passou a ser mais suportável para ele.

Em certa ocasião, ele até mesmo se voluntariou a me acompanhar até o portão quando o período do atendimento já havia terminado. Quando Antônio quer encerrar o atendimento do dia, ele costuma me perguntar se eu já estou indo embora. Entendo que não preciso mais ser expulso e que minha presença não precisa mais ser neutralizada abruptamente como no início, quando ele me deixava sozinho e retirava-se dos atendimentos sem dar satisfações ou como ele ainda faz nos grupos do CAPS, abandonando o grupo após alguns minutos e não retornando mais. Agora ele pode se separar da minha figura de forma não evacuativa, sinalizando com os recursos verbais que possui que o tempo de atendimento já foi suficiente para ele e até mesmo se oferecendo para me acompanhar até determinado ponto da minha partida.

Acredito que, além do que já foi citado anteriormente, dois pontos nevrálgicos do atendimento me surpreenderam enormemente, ambos ocorridos por volta de dois anos após o início dos atendimentos. Um deles foi a primeira vez na qual vi Antônio responder à interação de um outro usuário no CAPS, que o abordou fazendo uma pergunta, a qual foi respondida com notável delicadeza. Também considerei inesperada a primeira vez em que ele pôde me perguntar se eu gostaria de acompanhá-lo em seu percurso de ir comprar um café em um bar próximo ao CAPS, já que em atendimentos anteriores ele apenas saíria andando e eu deveria segui-lo.

Na mesma época, houve uma ocasião na qual realizaríamos o encontro no CAPS. Eu já estava lá e Antônio viria da residência terapêutica, por isso um dos trabalhadores da residência lhe entregou o dinheiro referente ao pagamento daquele encontro dentro de um envelope. Ele levou o envelope até o CAPS, entregando-o deliberadamente a mim logo quando nos encontramos. Na semana seguinte, ao me encontrar novamente no CAPS, ele perguntou: “estou te devendo alguma coisa?”.

Foram muitos os momentos nos quais Antônio apresentou ações que eu considerei como progressos consideráveis, mas gostaria de chamar a atenção para um atendimento específico, que eu acredito ser capaz de ilustrar de maneira clara alguns dos pontos principais discutidos na parte teórica deste trabalho:

*“Cerca de dois anos e três meses após o início do acompanhamento terapêutico de Antônio, eu cheguei na residência terapêutica e ele havia saído alguns minutos antes. Percorri o nosso trajeto costumeiro e o encontrei no meio do caminho, com uma tampinha de garrafa na mão. Já fazia algum tempo que os episódios nos quais ele recolhia lixo do chão não apareciam nos encontros. Apenas perguntei a ele o que ele tinha na mão, e ele me respondeu que era uma tampinha. Mordi a língua, não interferei e esperei o tempo necessário para que o paciente dissesse mais alguma coisa. Ele então disse: “É uma tampinha, está amassada. Acho que um carro passou por cima”. Perguntei a ele o que gostaria de fazer com a tampinha, ele respondeu que iria guardá-la. Sugeri, então, que a lavássemos chegando na residência antes de guardá-la, já que ela estava no chão e provavelmente suja. Assim o fizemos quando retornamos, e Antônio guardou a tampinha em seu armário”.*

O episódio relatado foi crucial para que eu pudesse entender o quão fácil é agir contratransferencialmente frente à loucura e recorrer a intervenções engessadas. Quando, no início do acompanhamento, sugeria a Antônio que deixasse o lixo na rua, não digeriria apropriadamente o que estava em jogo com a atitude de recolher dejetos na rua. Percebi que os fragmentos de lixo, a marmita jogada fora e a mendicância podem ser representantes de partes da personalidade de Antônio relacionadas à sua vivência nas ruas, as quais não deixaram de existir simplesmente porque ele agora vivia em uma condição infinitamente mais confortável. Em alguma medida, ele continua se identificando com o lixo e com a tarefa de recolhê-lo, a qual por muito tempo pode ter sido uma das formas de sobrevivência encontradas por ele. Ao atuar, eu não enxergava o aspecto comunicacional do ato de recolher o lixo, me contentando em categorizá-lo como uma manifestação destrutiva e interpretá-la.

Após resistir às suas projeções e suportar sua destrutividade, passei a ser digno da confiança de Antônio. Assim como a minha presença contínua (WINNICOTT (1983 [1960]); SEGAL (1982) ao longo de anos como um objeto consistente e compreensivo deu espaço para que ele pudesse tolerar a minha presença e participar cada vez mais dos atendimentos, ela também possibilitou que Antônio se comunicasse comigo naquele momento por meio da expressão de um pensamento verbal de altíssima complexidade. Por meio da fala “acho que um carro passou por cima dela”, ele pôde sinalizar que a tampinha, assim como ele, havia sofrido um atropelamento. Pude então perceber que a tampinha era uma expressão de seu *self* e de seu corpo, ainda fortemente marcados pela vida nas ruas, pela precariedade e pela proximidade da morte. Houve um trabalho conjunto, pois eu me esforcei em respeitar o tempo e a linguagem do paciente enquanto ele, por sua vez, se propôs a utilizar todos os seus recursos a fim de representar aquele conteúdo de forma que eu pudesse compreendê-lo.

A minha tendência à atuação naquela situação que se repetia e a adesão ao discurso dos trabalhadores da residência, que pediam a Antônio que não trouxesse lixo para casa, me impediam de abarcar as projeções do paciente. Assim, as projeções mortíferas do paciente não eram por mim devidamente metabolizadas, eu apenas as evacuava de volta por meio de atuações igualmente repetitivas, como nas interpretações verbais que eu fazia quando

Antônio recolhia lixo na minha presença. Considero que, ao esperar que o paciente expressasse o significado daquela ação e sugerir que lavássemos a tapinha, eu pude mostrar a ele que seu sofrimento podia não apenas ser contido por mim, mas também transformado.

Como sugere Winnicott, acredito que, naquele momento, minha função era a de reparar falhas primordiais, sobretudo demonstrar ao paciente que eu não era um objeto a ser temido. Uma interpretação verbal como aquela à qual eu recorria no atendimento quando o paciente recolhia lixo – dizendo que não era necessário que ele recolhesse lixo da rua porque ele dispunha de recursos materiais, diferente de quando vivia na rua – pouco tem a contribuir para esse cenário, conforme proposto por Winnicott (1983 [1963a]) e retomado por Furtado e Miranda (2006):

Trata-se de técnicas mais voltadas à criação de um ambiente constante e confiável – sendo esse ambiente muitas vezes a própria figura do analista – do que à interpretação do discurso do paciente. O objetivo, nesse tipo de tratamento, é possibilitar que o paciente possa se perceber e, para tanto, é necessário a adaptação ativa às suas necessidades básicas (Furtado; Miranda, 2006, p. 516).

Acredito que a manutenção do trabalho só pôde ocorrer devido às supervisões e ao meu processo terapêutico pessoal, o trabalho posterior do analista ao qual O'Shaughnessy (1994) se refere. Nesses contextos, pude expressar meu incômodo quanto à monotonia dos atendimentos, o que relaciono à constatação do que Winnicott (1982 [1949]) nomeia de ódio na contratransferência. Assim, foi possível reavaliar minha postura e qualquer desinvestimento meu frente ao trabalho. Winnicott fala da relação mãe-bebê algo que também tem grande validade no âmbito do vínculo entre acompanhante terapêutico e paciente psicótico:

A coisa mais notável acerca de uma mãe é a sua habilidade de se deixar ferir tanto pelo bebê, e de odiar tanto sem se vingar na criança, e sua habilidade em esperar por recompensas que podem ou não vir mais tarde (1982 [1949], p. 352).

**b) Um questionamento oriundo da “*revêrie* posterior do analista”: como dialogar com o diagnóstico psiquiátrico?**

Além da análise pessoal e da supervisão, considero que o trabalho posterior do acompanhante terapêutico também deva incluir a pesquisa e a produção textual. Após construir a parte teórica do trabalho e de refletir a respeito do material clínico coletado, foi possível pensar em questões que antes não haviam sido colocadas. Em algumas das passagens relatadas neste capítulo, o paciente não corresponde diretamente às descrições que os autores fazem de um paciente predominantemente psicótico, o que leva ao questionamento do diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia residual ou paranoide. Dados de extrema relevância são o histórico do paciente como morador de rua e seu ingresso relativamente recente na residência terapêutica. Entretanto, em outras passagens, a identificação projetiva é utilizada em excesso e a existência de discursos delirantes parecem sugerir um funcionamento psicótico, indícios que são reforçados por algumas das minhas respostas contratransferenciais. Como entender essa contradição?

É importante não confundir o diagnóstico feito por psiquiatras com o diagnóstico que deve ser construído pelo acompanhante terapêutico em sua relação com o paciente. Klein (1991 [1946]) e Bion (1984 [1953], 1991 [1957a]) introduzem a ideia de um funcionamento dinâmico do psiquismo, com seus respectivos conceitos de posição esquizoparanoide e posição depressiva, e ainda das partes da personalidade psicótica e não psicótica. Grinberg (1973) retoma a diferenciação da personalidade psicótica e não psicótica feita por Bion (1991 [1957a]), o que auxilia na compreensão da existência de modos de funcionamento tão distintos em um mesmo sujeito:

O conceito de personalidade psicótica se refere mais a um estado mental que a um diagnóstico psiquiátrico; a expressão delimita um modo de funcionamento mental cujas manifestações se evidenciam na conduta, na linguagem e no efeito que têm sobre o observador. Bion considera que esse estado mental coexiste sempre com [...] [a] “personalidade não-psicótica”; o indivíduo em análise apresentará evidências de ambos, com predomínio de um ou de outro, e com diferentes graus de estruturação e estabilidade (Grinberg et al, 1973, p. 46).

Tendo em vista que os relatórios do prontuário do paciente já descreviam uma boa adesão às tarefas domésticas e certo nível de organização apenas dois anos após ter sido resgatado da situação de rua, é importante pensar se um paciente de funcionamento predominantemente psicótico se adaptaria à

dinâmica da residência terapêutica e responderia tão bem ao acompanhamento terapêutico iniciado três anos após seu ingresso. Viver por quase trinta anos nas ruas sem medicação e sem tratamento não seria motivo suficiente para que o paciente estivesse em condições piores? Como o paciente pôde sobreviver ao atropelamento, carregando consigo apenas uma deformação na perna, que não o impede sequer de realizar tarefas cotidianas? E, principalmente, manifestações massivas da pulsão de morte não o teriam levado de uma passagem ao ato em vez de uma ideação suicida nunca concretizada? O paciente hoje descreve que já pensou em se suicidar e depois desistiu da ideia, pontuando que hoje o suicídio não faz mais sentido para ele, algo que parece ser pouco compatível com a predominância de impulsos destrutivos à qual os autores se referem.

Abordar o caso a partir da contribuição de Bion leva à ideia de que mais importante do que o diagnóstico psiquiátrico é a tentativa de discriminar os “mecanismos mentais que intervêm em sua organização e estrutura, e correlacionar esses mecanismos com os utilizados pela personalidade não-psicótica ou parte neurótica da personalidade” (GRINBERG et al, 1973, p. 46). Começando pelas manifestações apresentadas pela parte psicótica da personalidade, penso na identificação projetiva evacuativa (ROSENFELD, 1991 [1971]) dos episódios em que o paciente recolhe lixo da rua e opta por guardá-lo em seu armário, assim como a presença do discurso delirante referente aos seus supostos amigos da polícia militar que habitam o cemitério. É a partir de situações como o ato de recolher o lixo na rua e de um funcionamento extremamente repetitivo por parte do paciente que são mobilizadas as minhas respostas contratransferenciais mais significativas, como aquelas enumeradas por Segal (1988) no capítulo VIII: torpor, desespero e pessimismo.

Mesmo resgatando tais exemplos, cabe realizar algumas ressalvas. Tudo indica que, em um primeiro momento, a identificação projetiva contida no ato de cindir as partes más da personalidade ligadas à pulsão de morte e à vivência nas ruas em fragmentos que passam a ser projetados no lixo possa ser da natureza da identificação projetiva evacuativa. Após ter sido contida diversas vezes pelo acompanhante terapêutico, entretanto, a identificação projetiva passa a adquirir um caráter comunicativo, pois o paciente se utiliza do pensamento verbal para



comunicar que um carro passou em cima do lixo amassado. Ao contrário do que Bion (1984 [1957b]) indica quando sugere que o paciente psicótico tende a retornar a uma relação restrita quando se depara com o estado confusional originado pela cisão da personalidade e a projeção dos fragmentos no terapeuta, o episódio no qual Antônio se utiliza mais fortemente da identificação projetiva não o leva a recuar frente a mim. Pelo contrário, o desenvolvimento do trabalho faz com que o paciente consiga recorrer minimamente ao pensamento verbal, estabelecendo um elo de ligação propiciado pela identificação projetiva (BION, 1991 [1959]), que passa a ter caráter comunicativo.

Bion (1984 [1953]) narra a maneira pela qual o contato com os sentimentos depressivos e um estado de maior integração do pensamento verbal levam o paciente esquizofrênico a regredir de volta à posição esquizoparanoide: o pensamento verbal é atacado pois está intimamente ligado aos sentimentos depressivos, os quais o psicótico não pode tolerar. Se assim o fosse, a tendência não seria que Antônio demonstrasse uma crescente capacidade de estabelecer comunicação verbal comigo, introduzindo mais tópicos para conversação e falando com maior espontaneidade conforme o trabalho foi desenvolvido.

Recorro novamente a Bion (1984 [1958]) e à diferenciação proposta pelo autor entre os mecanismos de cisão e dissociação. A cisão tem caráter violento, pois fragmenta indiscriminadamente partes da mente e do objeto, enquanto a dissociação é um mecanismo da parte não-psicótica da personalidade que “parece ser mais gentil” (p. 69) e leva em consideração os objetos totais. Acredito que quando Antônio se oferece para me acompanhar até o portão ao final do atendimento, assim como na ocasião na qual ele me pergunta se está me devendo algum pagamento, está em jogo uma relação de objeto total. Nessas situações, o objeto recebe cuidados, visto que a sua importância é reconhecida pelo sujeito. Quando há preocupação de que seja efetuado um pagamento em troca de um serviço prestado, trata-se de uma relação que demanda a manutenção do objeto para que este possa continuar sendo provedor de experiências boas. Uma vez que a dissociação diz respeito à posição depressiva, reitero que os fenômenos observados no tratamento do paciente Antônio parecem dizer respeito a um sujeito que suporta suficientemente os sentimentos depressivos e a relação com objetos totais.

Ainda pensando nos exemplos do pagamento e da companhia no percurso até o portão, assim como no discurso do paciente quando diz que, agora que vive na residência terapêutica, ele não tem mais motivos para pensar em se matar, é possível identificar diversas situações nas quais há prevalência da gratidão, relacionada à pulsão de vida. Klein (1991 [1957]) indica que quando há predominância de impulsos destrutivos e da relação de objeto parcial, o paciente tende a apresentar atitudes invejosas, descritas como sendo mobilizadas pela constatação de que o objeto possui algo desejável, seguida da tentativa de “tirar este algo ou de estragá-lo” (p. 212). No tratamento de um paciente psicótico subordinado a uma constante vivência da angústia persecutória, o acompanhante terapêutico poderia ser visto como o seio nutridor que possui um grande estoque de conteúdos bons, mas não os compartilha. Esse seio seria, para Klein (1991 [1957]), alvo de ataques sádicos invejosos, os quais certamente não são condizentes com a preocupação de conduzir o acompanhante terapêutico até o portão ou pagar pelos seus serviços.

Não estaremos livres de impasses enquanto não encontrarmos possíveis caminhos para pensar em um dos pontos que motivaram esta pesquisa, que é a hipótese de uma suposta compulsão à repetição apresentada pelo paciente. Partindo da constatação de um funcionamento repetitivo do paciente em quase todos os atendimentos, surge uma hipótese a ser explorada em trabalhos futuros: quais os efeitos psíquicos da vida cotidiana nas ruas por cerca de trinta anos? Não seria a repetição apresentada no discurso e nas ações relacionadas a um repertório restrito? Afinal, após viver sozinho nas ruas por quase trinta anos, as relações interpessoais, o uso da linguagem e a possibilidade de desenvolver interesses são sem dúvidas comprometidos.

Em *Introdução ao narcisismo*, Freud (2010a [1914b]) descreve como a vivência da dor física causa um retraimento por parte do sujeito, que deve retirar seus investimentos libidinais dos objetos e recolhê-los novamente em seu Ego, “enviando-os novamente para fora depois de curar-se” (p. 26). Após ter proposto o conceito de pulsão de morte em *Além do princípio do prazer* (2010c [1920]) e ter dedicado, no mesmo texto, atenção às situações traumáticas, Freud retoma a discussão da dor física em *Inibição, sintoma e angústia* (2014b [1926]). Conforme apontado no capítulo III desta pesquisa, a dor física passa a ser vista

por Freud como possivelmente traumática, visto que demanda grande investimento narcísico para conter a excitação excessiva na qual ela acarreta. Ao narrar o caso de acompanhamento terapêutico de um paciente que foi torturado durante o período de ditadura militar, Piné (2011) fala do funcionamento incompreensível e aparentemente psicótico de seu paciente como consequência psíquica da vivência de situações traumáticas:

O Trauma é uma marca do excesso, seja da presença, seja da ausência excessiva, o trauma significa a impossibilidade da experiência. Diante da exposição excessiva à experiência, o organismo defende-se, afasta-se, desinvestindo a realidade e, como compensação, reinvestindo-a narcisicamente (Piné, 2011, p. 140).

Assim como a dor física esvazia o psiquismo e causa desprazer, a periculosidade da situação de rua demanda um constante investimento narcísico para que a sobrevivência seja possível, visto que a vida pode ser ameaçada a qualquer momento e o psiquismo deve estar sempre preparado para lidar com grandes quantidades de excitação. Enquanto o sujeito doente descrito por Freud (2010a [1914b]) passa a investir nos objetos à medida que sua dor é atenuada, Antônio, um antigo morador de rua, pôde lentamente estabelecer relações de objeto após ter sua sobrevivência garantida pelo acolhimento da residência terapêutica e pelo trabalho de acompanhamento terapêutico. Existe um abismo entre uma vida vivida nas ruas e no cemitério, sempre próxima à morte, e a vida na residência terapêutica, à qual se atribui investimento e significado.

Não há dados que possibilitem uma análise aprofundada do histórico de Antônio. Nunca saberemos como foi sua vida em família ou transição para a vida nas ruas. O que é possível aprender de significativo com esse caso é a importância de não aderir adesivamente ao diagnóstico psiquiátrico, de buscar questioná-lo e enxergar sempre as duas dimensões do psiquismo de cada sujeito. Passamos a falar de um inquietante que não diz respeito apenas à loucura, mas à personalidade psicótica e aos fenômenos referentes a ela, e também da dificuldade em compreender o funcionamento daqueles que sobreviveram à proximidade da morte e a condições traumáticas que são possivelmente enlouquecedoras.

A angústia causada pela repetição no formato dos atendimentos e na fala do paciente, pela sujeira do lixo e da marmita jogada fora e pela ininteligibilidade de ações desconexas do paciente incomodou a mim, assim como pode ser incômoda para familiares de pacientes psicóticos e para todos os profissionais que trabalham na área da saúde mental. A loucura incomoda, intriga. Grande parte da loucura da vida infantil dos neuróticos deve ser renunciada quando estabelecemos um laço civilizatório, pois o convívio em sociedade pressupõe certo grau de sanidade. Perrota e Cintra (2014) indicam que uma condição básica para o estabelecimento de uma escuta de qualidade por parte do terapeuta é que ele esteja “próximo de sua condição mortal, de seus lutos. Precisa aninhar-se em seu corpo, em suas memórias, em sua condição existencial mais íntima e vulnerável” (p. 953).

Trabalhar com a parte psicótica da personalidade implica na missão de aceitar que esses conteúdos complexos, incômodos e primitivos retornem para dentro de nós, e um trabalho ético e de qualidade exige constantes esforços para que o caráter inquietante destes não nos leve a expulsá-los automaticamente.

## X. Conclusão

*[...] cultivar o psicanalítico não se confunde com a prática de uma linguagem, de um dialeto, menos ainda, com a adesão a um sistema doutrinário. Trata-se de acolher o desproporcional, o atemporal, o irreduzível, o trágico e o paradoxal como aspectos decisivos dos nossos 'objetos', para assim pensá-los e elaborá-los. Deste modo, o caráter paradoxal dos objetos se transfere para nossas teorias e para nossas práticas.*

(Figueiredo, 2009, p. 14).

O desenvolvimento do trabalho apontou que deve haver um constante exercício de atualização por parte do profissional que se propõe a dialogar com a psicose, uma renovação no âmbito da teoria, da técnica e da análise pessoal. O primeiro ponto que demanda grande atenção é a construção de um arsenal teórico que possa dar conta dos desafios impostos pela parte psicótica da personalidade. Procurei reunir, a partir desta pesquisa, contribuições teóricas de diferentes autores psicanalíticos que possam enriquecer o trabalho do acompanhante terapêutico. Mesmo considerando as divergências entre as raízes do pensamento de autores como Freud, Klein e Winnicott, o acompanhamento terapêutico demanda a circulação entre diversas linhas do pensamento psicanalítico e a capacidade de identificar quais formulações teóricas são mais eficazes na elaboração de hipóteses referentes ao funcionamento psíquico do paciente psicótico e quais podem auxiliar no desenvolvimento da técnica do trabalho clínico. A tentativa de um acompanhante terapêutico de se apropriar de diferentes formas de abordar a psicose se deve à natureza complexa desse objeto de estudo, que tem como características alguns dos adjetivos utilizados por Figueiredo (2009, p. 14) no trecho supracitado: “desproporcional, atemporal, irreduzível, trágico e paradoxal”.

Desproporcional, porque sujeitos que operam predominantemente com mecanismos psicóticos expõe de forma excessiva conteúdos presentes em todo sujeito neurótico, com os quais é certamente difícil de defrontar-se. Atemporal,

por se tratar de pacientes nos quais a vivência do tempo e do espaço é confusa se comparada à precisão constantemente buscada na neurose. Irredutível, pois surge a partir de um processo diferente de subjetivação, implicando em outra forma de estar no mundo, que não é passível de cura. Trágico, uma vez que contém grandes doses de sofrimento e de desamparo, apresentados com frequência pelos pacientes. Paradoxal, visto que todo neurótico tem núcleos psicóticos, e que o psicótico pode apresentar, por vezes, comportamentos como os de sujeitos neuróticos. De um lado, a importância em abordar com delicadeza aquilo que faz nossos pacientes sofrerem de maneira singular e intensa. De outro, a cautela para não reduzi-los a sintomas e associá-los a sujeitos que não podem manifestar aspectos saudáveis e integrados, como muitas vezes manifestam.

Dessa forma, a importância de poder transitar entre as obras de diversos autores psicanalíticos fica clara quando se trabalha com esse material paradoxal, desproporcional e trágico, visto que é imediatamente evidenciada a insuficiência de um modelo único de pensamento. Em defesa da psicanálise pós-escolas, que busca reinventar a psicanálise e fugir do dogmatismo resultante da adesão exclusiva à obra de um autor, Figueiredo (2009) demonstra como as novas demandas que se colocam aos psicanalistas que pretendem ultrapassar o terreno da clínica padrão são um exemplo consistente da necessidade de reunir diversos recursos teóricos e técnicos:

Indo além do consultório (la psychanalyse hors mur, ou clínica ampliada), o psicanalista muitas vezes é chamado a exercer a psicanálise fora dos enquadres tradicionais para os quais foi treinado. [...] É diante destes novos desafios e destas novas demandas que se manifestam as exigências teóricas para as quais os psicanalistas pós-escolares – inter ou trans-escolares – tiveram de prestar atenção, sentindo-se então obrigados a se libertarem das amarras escolásticas e dogmáticas (Figueiredo, 2009, p. 15).

Agora já abastecido das ideias de Klein (1991 [1946, 1948, 1952, 1960, 1963]) e Bion (1984 [1953, 1956, 1957b, 1957c, 1958], 1991 [1957a, 1959]), repito a citação de Freud (2010c [1919]) contida na introdução, que justifica a inquietação das pessoas frente à loucura como sendo suscitada pela “manifestação de forças que não suspeitavam existir no seu próximo, mas que sentem obscuramente mover-se em cantos remotos da sua própria personalidade” (p. 353). A citação ganha um colorido maior quando pensamos

no intercâmbio entre as posições esquizoparanoide e depressiva, na identificação projetiva e nas personalidades psicótica e não-psicótica. Aquilo que é depositado no acompanhante terapêutico pelo paciente que se utiliza da identificação projetiva massiva pode paralisar o seu pensamento, fazê-lo sentir dentro de si as partes loucas do paciente, sua destrutividade e sua incomunicabilidade. Por meio da contratransferência, o terapeuta pode passar a funcionar de maneira irracional, paranoica e desvitalizada, assim como muitas vezes funciona o paciente psicótico.

Visto que o uso de mecanismos da posição esquizoparanoide nunca é abolido por completo e que a parte da personalidade psicótica acompanha a personalidade não-psicótica, o terapeuta pode se aproximar significativamente de seus próprios conteúdos primitivos, em situações como as seguintes: sentimento de angústia de caráter persecutório por conta da grande quantidade de pulsão de morte projetada em si pelo seu paciente; utilização de defesas maníacas e de pensamentos mágicos e onipotentes, que se expressam por meio de atuações, faltas e atrasos nos atendimentos; retraimento e desinvestimento frente ao caso quando o paciente é fortemente cindido pelo terapeuta e passa a ser sentido como um objeto mau e inacessível aos seus esforços, o que leva o profissional a duvidar quanto à viabilidade de seu trabalho. Em exemplos como esses, o terapeuta percebe em si próprio a movimentação de forças psicóticas, o que certamente reforça a propriedade inquietante do trabalho na área da saúde mental.

O psicanalista e o acompanhante terapêutico orientado pela abordagem psicanalítica não devem ter como referência exclusiva um diagnóstico psiquiátrico, e sim considerar as partes da personalidade psicótica e não-psicótica. Isso implica no reconhecimento de núcleos psicóticos em pacientes neuróticos da clínica padrão, assim como a possibilidade de enxergar partes não-psicóticas em sujeitos que apresentam diagnósticos psiquiátricos. Devem ser considerados, também, pacientes que se utilizam de defesas psicóticas para que possam sobreviver a situações traumáticas, perigosas e próximas da morte. Com base na análise do caso clínico do paciente Antônio, surge um questionamento quanto à relação entre a vida nas ruas e as manifestações da parte psicótica da personalidade, visto que, conforme relatado no capítulo

anterior, o prontuário de Antônio no CAPS enumera diversas características psicóticas que o paciente apresentou no período em que foi encaminhado ao hospital psiquiátrico, mas que hoje não podem mais ser observadas com tanta frequência.

As estratégias clínicas da psicanálise devem sofrer modificações quando adaptadas ao recorte proposto pelo acompanhamento terapêutico. Como por exemplo, no que diz respeito à postura e à função do terapeuta, é imprescindível que ele tenha capacidade de conter as constantes projeções do paciente, podendo transformá-las e torná-las mais palatáveis ao seu paciente. Na prática isso se traduz pelo exercício por parte do terapeuta de manter-se como uma figura consistente, não recuando frente ao paciente, buscando sobreviver à sua destrutividade e à sua loucura. Ao assumir esse papel, ele permite que a relação possa ter caráter transformador, especialmente quando se considera que o paciente muitas vezes pode ter sido privado da utilização da identificação projetiva em sua vida primitiva, não tendo tido um interlocutor capaz de suportá-la. A transformação está alojada na possibilidade de que o acompanhado receba o investimento de um profissional identificado com a função de oferecer continência a um sujeito que estabelece relações de objeto parciais, prematuras e inconsistentes.

Cabe ao acompanhante terapêutico ter sensibilidade e discernimento para compreender a identificação projetiva como forma de comunicação possível entre a parte psicótica da personalidade do paciente e o terapeuta, conforme apontado por Bion (1991 [1959]). A expressão da identificação projetiva não é restrita à comunicação verbal, o que significa que o acompanhante terapêutico deve estar atento às ações do paciente e à movimentação de seu corpo. Para que isso ocorra com sucesso, o *setting* criado pelo acompanhante terapêutico transcende as paredes de um consultório ou de uma sala de atendimentos, sendo o bairro, a rua, o CAPS e diversos outros espaços públicos os principais aliados do trabalho terapêutico. Circular pela cidade possibilita ao paciente “aproximar-se de questões, de sentimentos, de passagens, de memórias e de marcas que de outra forma não poderiam ser tocados” (PINÉ, 2011, p. 139), potencializando a sua utilização da identificação projetiva.



A interpretação dos pacientes psicóticos também deve ser repensada e diferenciada da interpretação típica da clínica de pacientes neuróticos. Freud (2010a [1914a]) mostra que, na análise de pacientes neuróticos, o *setting* psicanalítico permite que seja criada uma neurose de transferência mobilizada pelo encontro com a figura do analista. Dentro do contexto transferencial, o paciente atuará o conteúdo recalcado por meio da repetição de ações, inibições e sintomas, dirigidos à figura do analista, repetição a qual pode ultrapassar o espaço da sessão de análise e tornar-se presente em outras relações transferenciais que o paciente estabelece fora do contexto analítico. Freud (2010a [1914a]) exemplifica com um paciente que não se lembrava de ter contestado a autoridade parental em momento algum, mas que passa a se comportar desta maneira diante do seu analista, sem perceber. A função do analista seria a de interpretar essa repetição para que o paciente pudesse recordar o material recalcado e, por fim, elaborá-lo, o que acarretaria em uma mudança. No acompanhamento terapêutico, esse tipo de interpretação deve ser substituída por ações, movimento e atos do terapeuta, que também têm efeito interpretativo (HERMANN, 2010, p. 36).

A repetição apresentada pelo paciente psicótico é diferente da repetição transferencial (FREUD, 2010a [1914b], 2010c [1920]), sendo mais próxima da compulsão à repetição de uma quantidade maior de pulsão de morte (FREUD, 2010c [1920]; GARCIA-ROZA, 2003). Quando o objeto de trabalho é um “sujeito constituído fundamentalmente por uma pulsão sem representação” (BLUM, 2006, p.70), as intervenções devem ser de outra ordem, a da ligação destas pulsões por meio de uma função continente do acompanhante terapêutico, que se dispõe a conter as projeções da angústia persecutória do paciente e devolvê-las de maneira menos ameaçadora, conforme já mencionado anteriormente. Por meio dos atendimentos, o acompanhante terapêutico deposita investimento suficiente no paciente para que ele se sinta menos deixado a sós com sua própria destrutividade, como descrito por Klein (1991 [1963]). Essa continência pode ser observada no cuidado que um acompanhante terapêutico tem em construir um *setting* que esteja em constante adaptação às necessidades do paciente, dando movimento ao seu corpo e ao seu psiquismo, permitindo que

ele ocupe um novo lugar: o de sujeito que tem algo a dizer, dando voz à parte psicótica de sua personalidade e à parte não-psicótica também.

Dentro da perspectiva kleiniana, é possível considerar que, se o mundo interno do paciente psicótico é repleto de objetos maus e persecutórios, o acompanhante terapêutico deve ser cauteloso para não favorecer situações que o tornem igualmente ameaçador. Dito isso, o terapeuta pode correr um sério risco de posicionar-se com um objeto terrorífico e incompreensivo, visto que uma interpretação verbal prematura pode ser recebida pelo paciente como uma forma de forçar de volta para dentro dele projeções das quais ele tentou se livrar, as quais não apenas não retornam melhor metabolizadas pelo terapeuta, mas ainda mais persecutórias e destrutivas que antes. É possível, ainda, fazer apontamentos verbais por meio da utilização de uma linguagem a qual o paciente tenha recursos para compreender, o que difere das interpretações intrincadas e minuciosas relatadas por psicanalistas como Bion [1984 [1953, 1958], 1991 [1959]] e Rosenfeld (1991 [1952, 1971]) em seus casos clínicos. Isso se aplica, também, a pacientes como Antônio, que mesmo nos momentos em que opera com a parte não-psicótica de sua personalidade, possui um repertório verbal limitado.

O caso clínico apresentado nesta pesquisa sugere que um investimento considerável do acompanhante terapêutico e a manutenção de um trabalho desenvolvido em longo prazo têm a propriedade de criar um canal de comunicação mais potente entre paciente e acompanhante terapêutico, transformando também as relações que o paciente estabelece com outros objetos. Conforme orienta Winnicott (1983 [1963a]), é papel do terapeuta que se propõe a tratar de casos difíceis dedicar-se ao caso, buscar entender como se sente o paciente, tornar-se digno de sua confiança, preocupar-se genuinamente com ele, aceitar e tolerar suas manifestações confusas, destrutivas e irracionais, não buscando vingança, mas reconhecendo-as como formas de sofrimento. Winnicott (1983 [1958]) também ensina que o silêncio do paciente deve por vezes ser respeitado, visto que este não é capaz de transitar de maneira fluida entre o mundo subjetivo e a realidade externa. Um acompanhante terapêutico deve ter em mente que seu paciente precisa viver estados de integração e de comunicação sem que o ambiente seja sentido como sendo intrusivo. Da mesma

forma, também precisa viver estados de dissociação e de solidão sem que o ambiente seja sentido como falho ou responsável por privá-lo de suas necessidades básicas.

A saúde mental do acompanhante terapêutico é de igual importância para que os atendimentos transcorram com qualidade. O adoecimento do acompanhante terapêutico pode ser evitado quando, em todo o conjunto de sua *rêverie* posterior, ele encontra continência e possibilidade de transformação, seja por parte do diálogo com seu analista, seu supervisor ou sua pesquisa. Quando esses interlocutores oferecem ao terapeuta a possibilidade de reconhecer o ódio que sente pelo paciente, é provável que parte deste ódio deixe de transparecer nos atendimentos por meio de atuações, conforme aponta Winnicott (1982 [1949]). Um terapeuta que é engolido pela loucura e pela ininteligibilidade de seu paciente não pode promover intervenções terapêuticas ou desenvolver seu potencial criativo, o que leva à estagnação do trabalho. As respostas do acompanhante terapêutico frente ao seu paciente são um dado importante para que, em sua *rêverie* posterior, o acompanhante terapêutico possa conhecer aspectos primitivos de seu paciente, o qual não ele não poderia comunicar ao terapeuta de outra maneira senão por meio da cisão e da projeção.

O acompanhante terapêutico tem a dura missão de aceitar o desafio colocado por Freud (2014a [1916-1917a]): o de substituir os métodos técnicos já existentes na psicanálise na tentativa de transpor algumas das barreiras impostas pela psicose, mas também pela parte psicótica da personalidade, pelos pacientes gravemente traumatizados, mortíferos e retraídos narcisicamente. Para que esses casos não sirvam apenas como material de uma observação curiosa por parte da psicanálise, mas sim como objetos de trabalho reais, muitas substituições devem ser realizadas. O acompanhamento terapêutico de casos difíceis demanda uma constante renovação do arsenal teórico do terapeuta, a construção de um *setting* dinâmico que funcione como uma “película contensora” (CASSORLA, 1998, p. 16), a utilização de intervenções sutis, o exercício de suportar a loucura do paciente, e, principalmente, uma intensa dedicação ao caso, à análise pessoal e à supervisão.

Um acompanhante terapêutico que procura dialogar com a parte psicótica da personalidade de seu paciente seria como o narrador do poema de

Szyborska, que tenta conversar com a pedra. Enquanto o narrador do poema manifesta sua curiosidade em ver as salas inutilmente lindas do interior da pedra, o acompanhante terapêutico deve ter a convicção de que a loucura do paciente é digna de ser escutada e compreendida. Assim como os pedaços da pedra quebrada não deixam ninguém entrar, a personalidade psicótica cindida em diversos fragmentos continua sendo de difícil acesso. De maneira semelhante à pedra, a parte psicótica da personalidade evita se relacionar com objetos totais, projetando seus conteúdos mais sombrios no terapeuta, mas em seguida “dando-lhe” as costas. Como quem conversa com a pedra e promete que entrará e sairá de mãos vazias, o acompanhante terapêutico não pode ser ameaçador, evitando que o paciente sinta que será ainda mais invadido e assaltado. Enfim, para conversar com a pedra e penetrar suas salas grandes e vazias, é preciso buscar outra forma de adentrá-la que não através da porta.

## Referências

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

AGUAYO, J. On understanding projective identification in the treatment of psychotic states of mind: The publishing cohort of H. Rosenfeld, H. Segal and W. Bion (1946–1957). *International Journal of Psychoanalysis*. 90, p. 69–92, 2009.

BION, W. (1953). Notes on the Theory of Schizophrenia. *Second thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*. London: Karnac Books, 1984.

\_\_\_\_\_. (1956) Development of Schizophrenic Thought. *Second thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*. London: Karnac Books Ltd., 1984.

\_\_\_\_\_. (1957a). Diferenciação entre a personalidade psicótica e não psicótica. In: SPILLIUS, B. E. (Ed.). *Melanie Klein Hoje – Desenvolvimentos da teoria e da técnica v. 1*. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 69-86.

\_\_\_\_\_. (1957b). Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic Personalities. *Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*. London: Karnac Books, 1984.

\_\_\_\_\_. (1957c). On arrogance. *Second thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*. London: Karnac Books., 1984.

\_\_\_\_\_. (1958). On hallucination. *Second thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*. London: Karnac Books, 1984.

\_\_\_\_\_. (1959). Ataques ao elo de ligação. In: SPILLIUS, B. E. (Ed.). *Melanie Klein Hoje – Desenvolvimentos da teoria e da técnica v. 1* Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 69-86.

\_\_\_\_\_. (1962). Uma teoria do pensar. In: SPILLIUS, B. E. (Ed.). *Melanie Klein Hoje – Desenvolvimentos da teoria e da técnica v. 1* Rio de Janeiro: Imago, 1991.

BLÉANDONU, G. *Wilfred Bion: a vida e a obra: 1897-1979*. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

BLUM, R. *Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Instituto A Casa/Hucitec, 2006.

CAPER, R. *Tendo mente própria*. Rio de Janeiro: Imago, 2002.

CASSORLA, R. M. S. Psicanálise e Surto Psicótico: Considerações Sobre Aspectos Técnicos. *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo, v. 32, N. 4, p. 721-745, 1998.

CAVALHEIRO, R. O terapeuta iniciante em busca de sentido: sobre a dificuldade em conectar-se com os estados primitivos da mente. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. Porto Alegre, V.16, N. 2, p. 80-88, 2014.

CINTRA, E. M. U. Pensar as feridas. In: PINTO, C. M (org.) *Livro de Ouro da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2007. p. 307-318.

CINTRA, E. M. U.; FIGUEIREDO, L. C. *Melanie Klein: Estilo e pensamento*. São Paulo: Escuta, 2010.

COELHO JR., N. E.; BARONE, K. C. A importância da teoria de Winnicott sobre a comunicação para a construção do significado ético da psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo, V. 41, n. 3, p. 88-100, 2007.

COSTA, J. F. *O risco de cada um e outros ensaios de Psicanálise e Cultura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

DEUS, R. T. D. Um aspecto do manejo na análise de uma paciente psicótica: o valor clínico do acompanhamento terapêutico. In: ANTÚNEZ, A.E.A. (org.) *Acompanhamento terapêutico: casos clínicos e teoria*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 121-134.

FELDMAN, M. Cisão e identificação projetiva. In: ANDERSON, R. (org.). *Conferências clínicas sobre Klein e Bion*. Rio de Janeiro: Imago, 1994. p. 88-102.

FIGUEIREDO, L. C. A clínica psicanalítica a partir de Melanie Klein. O que isto pode significar? *Jornal de Psicanálise*. São Paulo, V.39, n.71, p. 125-150, dez. 2006.

FREUD, S. (1894). As Neuropsicoses de Defesa. *Obras completas volume 3*. Rio de Janeiro: Imago, p. 51-72, 1996.

\_\_\_\_\_. (1905 [1904]). Sobre a psicoterapia. *Obras completas volume 13*. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico. *Totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos*. Obras completas volume 11. São Paulo: Companhia das Letras, 2010a.

\_\_\_\_\_. (1914a). Recordar, Repetir e Elaborar. *Totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos*. Obras completas volume 11. São Paulo: Companhia das Letras, 2010a.

\_\_\_\_\_. (1914b). Introdução ao narcisismo. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos*. Obras completas volume 12. São Paulo: Companhia das Letras, 2010a.

\_\_\_\_\_. (1915). O inconsciente. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos*. Obras completas volume 12. São Paulo: Companhia das Letras, 2010b.

\_\_\_\_\_. (1916-1917a). Conferência XXVI: A teoria da libido e o narcisismo. *Conferências introdutórias à psicanálise*. Obras completas volume 13. São Paulo: Companhia das Letras, 2014a.

\_\_\_\_\_. (1916-1917b). Conferência XXVII: Transferência. *Conferências introdutórias à psicanálise*. Obras completas volume 13. São Paulo: Companhia das Letras, 2014a.

\_\_\_\_\_. (1919). O inquietante. *História de uma neurose infantil ("O Homem dos Lobos")*, *Além do princípio do prazer e outros textos*. Obras completas volume 14. São Paulo: Companhia das Letras, 2010c.

\_\_\_\_\_. (1920). Além do princípio do prazer. *História de uma neurose infantil ("O Homem dos Lobos")*, *Além do princípio do prazer e outros textos*. Obras completas volume 14. São Paulo: Companhia das Letras, 2010c.

\_\_\_\_\_. (1923). O Eu e o Id. *O Eu e o Id, "autobiografia" e outros textos*. Obras completas volume 16. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

\_\_\_\_\_. (1924a). Neurose e psicose. *O Eu e o Id, "autobiografia" e outros textos*. Obras completas volume 16. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

\_\_\_\_\_. (1924b). O problema econômico do masoquismo. *O Eu e o Id, "autobiografia" e outros textos*. Obras completas volume 16. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.



\_\_\_\_\_. (1924c). A perda da realidade na neurose e na psicose. *O Eu e o Id, "autobiografia" e outros textos*. Obras completas volume 16. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

\_\_\_\_\_. (1926). Inibição, sintoma e angústia. *Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos*. Obras completas volume 17. São Paulo: Companhia das Letras, 2014b.

\_\_\_\_\_. (1933a). Angústia e instintos. *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos*. Obras completas volume 18. São Paulo: Companhia das Letras, 2010d.

\_\_\_\_\_. (1933b). Esclarecimentos, explicações, orientações. Angústia e instintos. *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos*. Obras completas volume 18. São Paulo: Companhia das Letras, 2010d.

FURTADO, J. P.; MIRANDA, L. O dispositivo "técnicos de referência" nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, V. IX, n.3. p. 508-524, 2006.

GARCIA-ROZA, L. A. *Acaso e Repetição em Psicanálise: uma introdução à teoria das pulsões*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

GRINBERG, L.; SOR, D.; BIANCHEDI, E. T. D. *Introdução às ideias de Bion*. Rio de Janeiro: Imago, 1973.

HERMANN, M. C. *Acompanhamento terapêutico e psicose: articulador do real, simbólico e imaginário*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2010.

KLEIN, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Obras Completas volume 3. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

\_\_\_\_\_. (1948). Sobre a teoria da ansiedade e da culpa. *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Obras Completas volume 3. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

\_\_\_\_\_. (1952). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Obras Completas volume 3. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

\_\_\_\_\_. (1955). Sobre a identificação. *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Obras Completas volume 3. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

\_\_\_\_\_. (1957). Inveja e gratidão. *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Obras Completas volume 3. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

\_\_\_\_\_. (1960). Uma nota sobre a depressão no esquizofrênico. *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Obras Completas volume 3. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

\_\_\_\_\_. (1963). Sobre o sentimento de solidão. *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Obras Completas volume 3. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MELTZER, D. *O desenvolvimento kleiniano III: o significado clínico da obra de Bion*. São Paulo: Escuta, 1998.

MEZAN, R. Pesquisa em psicanálise: algumas reflexões. *Jornal de Psicanálise*. São Paulo, v.39, n.70, p. 227-241, jun. 2006.

O'SHAUGHNESSY, E. O não pensar num mundo bizarro. In: ANDERSON, R. (Org.). *Conferências clínicas sobre Klein e Bion*. Rio de Janeiro: Imago, 1994, p. 103-116.

OGDEN, T. *Os sujeitos da psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

PERROTA, C. M.; CINTRA, E. M. U. Kafka, Winnicott e a Boneca Viajante: perder, narrar, resgatar. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. 17, n.4, p. 943-956, dez. 2014.

PICK, I. B. Working through in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*. London: v. 66, 1985. p. 157-166.

PINÉ, A. S. A proximidade do encontro: o acompanhamento terapêutico e os impasses da experiência clínica. In: ANTÚNEZ, A. E. A. (org.) *Acompanhamento terapêutico: casos clínicos e teoria*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011, p. 135-150.

RECHARDT, E. Os destinos da pulsão de morte. In: GREEN et al. (Org.). *Pulsão de morte*. São Paulo: Escuta, 1988, p. 41-51.

ROSENFELD, H. (1952). Notas sobre a psicanálise do conflito com o Superego num paciente esquizofrênico em fase aguda. In: SPILLIUS, B. E. (Ed.) *Melanie Klein Hoje – Desenvolvimentos da teoria e da técnica v. 1* Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 23-59.

\_\_\_\_\_. (1971). Uma contribuição à psicopatologia dos estados psicóticos: a importância da identificação projetiva na estrutura do ego e nas relações de objeto do paciente psicótico. In: SPILLIUS, B. E. (Ed.) *Melanie Klein Hoje – Desenvolvimentos da teoria e da técnica v. 1* Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 125-145.

\_\_\_\_\_. O tratamento de estados psicóticos pela psicanálise. In: BARROS, R. M. E. (Coord.). *Impasse e interpretação*. Rio de Janeiro: Imago, 1988. p. 316-355.

SANTA CRUZ, M. A. Desafios da clínica contemporânea: novas formas de “manicomialização”. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional “Queixa escolar”. *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

SANTOS, M. A. A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana: uma contribuição à clínica das psicoses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, v. 12, n. 3, 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79721999000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 03/04/2015.

SEGAL, H. (1956). Depressão no esquizofrênico. In: SPILLIUS, B. E. (Ed.) *Melanie Klein Hoje – Desenvolvimentos da teoria e da técnica v. 1* Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 60-68.

\_\_\_\_\_. Uma Abordagem Psicanalítica do Tratamento das Psicoses. In: *A Obra de Hanna Segal: uma Abordagem Kleiniana à Prática Clínica*. Rio de Janeiro: Imago, 1982. p. 179-186.

\_\_\_\_\_. Da utilidade do conceito de pulsão de morte. In: GREEN et al. (Org.). *Pulsão de morte*. São Paulo: Escuta, 1988. p. 29-40.

SPILLIUS, E. B. Introdução. *Melanie Klein Hoje – Desenvolvimentos da teoria e da técnica v. 1* Rio de Janeiro: Imago, 1991, p. 19-21.

\_\_\_\_\_. Experiências clínicas de identificação projetiva. In: ANDERSON, R. (Org.). *Conferências clínicas sobre Klein e Bion*. Rio de Janeiro: Imago, 1994. p. 73-87.

STEINER, J. (1987). O equilíbrio entre as posições esquizo-paranóide e depressiva. Experiências clínicas de identificação projetiva. In: SPILLIUS, B. E. (Ed.). *Conferências clínicas sobre Klein e Bion*. Rio de Janeiro: Imago, 1994. p. 60-72.

SZYMBORSKA, W. *Poemas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

VIOLANTE, M. L. V. Pesquisa em Psicanálise. In: PACHECO, A. R.; COELHO JUNIOR, N.; ROSA, D. M. (Orgs.). *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 109-115.

WINNICOTT, D. W. (1949). O Ódio na Contratransferência. Da *pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

\_\_\_\_\_. (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

\_\_\_\_\_. (1952). Psicoses e cuidados maternos. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

\_\_\_\_\_. (1956). Preocupação materna primária. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

\_\_\_\_\_. (1958) A capacidade para estar-só. *O ambiente e o processo de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

\_\_\_\_\_. (1959-1964) Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? *O ambiente e o processo de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

\_\_\_\_\_. (1960). Teoria do relacionamento paterno-infantil. *O ambiente e o processo de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

\_\_\_\_\_. (1962). Enfoque pessoal da contribuição kleiniana. *O ambiente e o processo de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

\_\_\_\_\_. (1963a). Os doentes mentais na prática clínica. *O ambiente e o processo de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

\_\_\_\_\_. (1963b). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. *O ambiente e o processo de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

\_\_\_\_\_. (1967). O conceito de indivíduo saudável. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.