

A clínica das psicoses e a teoria do amadurecimento de Winnicott

Elsa Oliveira Dias

Psicanalista, mestra em Filosofia pela PUC/SP e doutora em Psicologia Clínica pela PUC/SP

Quero congratular-me com os organizadores deste simpósio em saúde mental infantil e cumprimentar os profissionais da saúde aqui presentes pelo importante e indispensável trabalho que realizam ao tratarem de crianças doentes e ao aprofundarem o estudo e a pesquisa sobre os distúrbios psíquicos infantis. O trabalho terapêutico tem um traço que lhe é, ou deveria ser, inerente e que consiste no fato de que oferecemos aos usuários de nossos serviços, além do saber sempre ampliado que buscamos, nada menos que a nossa personalidade. É possível que, em outros campos, se possa fazer um trabalho competente de modo mecânico ou impessoal. Em nossa área, ou estamos presentes e “alugamos” a alma, ou nada acontece. Isso, naturalmente, acarreta um tipo específico de envolvimento e desgaste e não é à toa que a OMS tenha considerado o trabalho do terapeuta como a terceira tarefa mais insalubre dentre todas.

Quero fazer, de início, uma consideração de ordem mais geral. Creio que ela é importante, sobretudo, para nós que, tendo-nos proposto a cuidar de pessoas que adoeceram, sejam elas crianças ou adultos, precisamos ter sempre em mente que a tarefa de viver é difícil por si mesma. Essa tarefa torna-se, em nossos tempos, ainda mais árdua, devido a um certo espírito da época – a racionalidade técnica – que prevalece hoje, em escala planetária, em todos os âmbitos da vida. O espírito da técnica esvazia o mundo de sua feição humana. Essa é uma questão complexa, que vem sendo tema predominante nos vários campos do conhecimento em que o interesse central é a preservação do que é especificamente humano, mas sobre a qual não farei mais que essa pequena menção. Ela se reveste da maior gravidade porque diz respeito não a este ou aquele indivíduo, mas ao ser humano enquanto tal. É a própria condição humana que está ameaçada de desaparecer. O poder controlador da técnica não tem limites e imiscui-se em tudo. A racionalidade técnica fornece alívio imediato para a dor e para o sofrimento e desconhece o valor da angústia relativa ao próprio fato de estarmos vivos e termos que dar conta da tarefa de viver. Atalhos fáceis e luminosos vêm sendo produzidos para afastar e obscurecer as dificuldades inerentes à vida. Necessidades intrinsecamente humanas – de intimidade e comunicação, de deixar-se afetar pelo outro

e pelos acontecimentos, a capacidade de estar só, de se entristecer e de se alegrar, de um fazer que não seja mera defesa contra o vazio e que tenha sentido para o indivíduo que o realiza – todas essas necessidades estão em via de desaparecimento, porque soluções mecânicas, químicas, técnicas, imediatas, mágicas, enfim, se oferecem à mão e impedem que o homem se aproxime das experiências que o determinam enquanto homem.

Esse é o panorama mais amplo em que vivemos e no qual nosso trabalho se inscreve. Não podemos perdê-lo de vista, mas, por outro lado, não nos devemos deixar ofuscar por ele. Há de se tratar dos problemas com que nos defrontamos no cotidiano de nossa profissão, embora devamos permitir que essas questões permaneçam como pano de fundo, orientando nossas reflexões.

Winnicott e as psicoses

Tendo em vista o tema das psicoses na infância e o pano de fundo que acabo de esboçar, nada mais apropriado do que trazer para vocês, como contribuição para este simpósio, uma breve enunciação do pensamento de D.W. Winnicott. Refiro-me, sobretudo, à sua teoria do amadurecimento pessoal. Ela foi formulada por ele como o horizonte teórico necessário para a compreensão e classificação dos distúrbios psíquicos, em especial das psicoses, e para orientar o terapeuta na finalidade eminentemente clínica de fornecer ao paciente o cuidado que é concernente à sua necessidade específica. Por que Winnicott? Porque ele nos oferece uma concepção verdadeiramente original dos distúrbios psíquicos, baseada em uma nova forma de conceber a natureza humana e suas formas de adoecer. Essa originalidade, tanto em relação à psiquiatria quanto à própria psicanálise tradicional – representada aqui por Freud e Melanie Klein –, deve-se, em parte, ao lugar a partir do qual Winnicott pode amadurecer sua perspectiva teórica. Winnicott foi um pediatra que, tendo abraçado a psicanálise, jamais abandonou a prática pediátrica que foi transformando-se, aos poucos, em psiquiatria infantil. Sua proximidade com a área médica permitiu-lhe avaliar os limites de uma abordagem puramente organicista. Por outro lado, a

contínua observação de bebês e suas mães forneceu-lhe uma evidência, que foi decisiva em seu desenvolvimento teórico, de que os bebês, mesmo os fisicamente saudáveis, podiam adoecer logo nos primeiros momentos da vida. Segundo Winnicott, esses distúrbios estão relacionados com as dificuldades no estabelecimento da relação muito peculiar do bebê com a mãe nesse período mais primitivo da vida. Naturalmente, isso colocou em questão a primazia da questão edípica, tal como vinha sendo difundida pelos psicanalistas da época.

Além disso, a observação paralela de bebês e psicóticos mostrou-lhe que o amadurecimento emocional, nos seus estágios primitivos, refere-se exatamente aos mesmos fenômenos que aparecem no estudo da esquizofrenia adulta e nos estados esquizóides em geral. Essencialmente, essas dificuldades dizem respeito à constituição do si-mesmo (*self*) como identidade e ao contato com a realidade externa. Nos bebês, elas estão relacionadas à sua extrema imaturidade; nos psicóticos, porque se perderam em algum ponto da longa jornada que leva à maturidade. Desse modo, o estudo profundo de um indivíduo esquizóide de qualquer idade transforma-se em um estudo profundo do amadurecimento inicial desse indivíduo (1952: PP, 379).

A partir dessas constatações, Winnicott elaborou uma teoria dos distúrbios psíquicos, em especial das psicoses, baseada na teoria do amadurecimento pessoal. Ele explicitou claramente a necessidade de tal teoria em um texto de 1962, ano decisivo de seu desenvolvimento intelectual, quando afirmou que “precisamos chegar a uma teoria do amadurecimento normal para podermos ser capazes de compreender as doenças e as várias imaturidades, uma vez que não nos damos por satisfeitos, a menos que possamos preveni-las e curá-las” (1962: APM, 65).

A teoria do amadurecimento pessoal do indivíduo

Segundo a teoria do amadurecimento pessoal, todo ser humano é dotado de uma tendência inata ao amadurecimento e à integração em uma unidade e isso é a sua herança mais importante. O principal da hereditariedade, diz ele, “é a tendência inerente do indivíduo a crescer, a se integrar, a se relacionar com objetos, a amadurecer” (1954-69: APM, 126). Contudo, embora inata, a tendência para o amadurecimento não vai de si como se bastasse a mera passagem do tempo. Trata-se de uma tendência, e não de uma determinação. A tendência é dada, mas os caminhos pelos quais ela se realiza ou os descaminhos pelos quais se perde são inteiramente indeterminados: a tendência ao ama-

durimento pode – ou não – vir a realizar-se. Para que o amadurecimento prossiga, o bebê depende da presença de um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons. Quanto mais cedo o momento que consideramos, tanto maior a importância dos cuidados ambientais. No início, a dependência do bebê em relação à mãe é absoluta e esta deve poder adaptar-se de forma também absoluta às necessidades do bebê. Trata-se de necessidades de ser. “Os lactentes humanos não podem começar a ser, exceto sob certas condições.” (1960: APM, 43) Nenhum bebê, nenhuma criança pode tornar-se uma pessoa real, a não ser sob os cuidados de um ambiente que dê sustentação e facilite os processos de amadurecimento; os bebês que não recebem esse tipo de cuidados suficientemente bons “não conseguem se realizar nem mesmo como bebês. Os genes não são suficientes.” (1968: BM, 84).

Isso mostra que o amadurecimento, em Winnicott, não diz respeito nem ao biológico nem ao pulsional ou mental, mas ao que é especificamente pessoal: ao sentimento de ser, de ser real, de existir em um mundo real. Estar e sentir-se vivo não é dado pelo fato da concepção ou do nascimento biológico. Mesmo quando as estruturas biológicas e cerebrais estão dadas e intactas, o estar vivo pelo nascimento não é ainda o estar vivo de um ser humano capaz de ter o sentimento de um eu, de estabelecer relações sentidas como reais e de habitar em um mundo real. E o processo de alcançar a vida pode falhar. Há bebês que, embora fisicamente saudáveis, morrem porque não encontram, desde o começo, uma base para ser, para continuarem vivos, sendo. Há outros que não necessariamente morrem: eles são persuadidos “a alimentar-se e a viver ainda que a base para esse viver seja débil ou mesmo ausente” (1954-79: NH, 127). Desde o início absoluto, o problema fundamental do homem consiste em chegar a existir. Existir não é uma dádiva, mas uma conquista. Essa conquista, onde radica a problematidade da vida humana, não é realizada pelos psicóticos, cujos distúrbios são derivados dos estágios mais precoces da vida. Suas dificuldades e problemas, diz Winnicott, “não fazem parte da vida, mas sim da luta para alcançar a vida...” (1954-70: NH, 100).

Uma das maiores contribuições de Winnicott ao estudo da natureza humana e à psicanálise é a sua descrição minuciosa do que se passa com o bebê nos estágios iniciais do amadurecimento, que se inicia em algum momento após a concepção. Nesses estágios, o bebê está em estado de não-integração, não sabe da existência de si mesmo ou do mundo, não tem objetos e não habita no corpo. Aos poucos, com a ajuda do ambiente, ele fará conquistas básicas que se constituem em fundamentos da personalidade: a integração no tempo e no espaço, o alojamento da psique no corpo e o início do contato com os objetos. Paralelamente, o si-

mesmo está sendo constituído como identidade. Se o ambiente falha em fornecer as condições facilitadoras para que o amadurecimento siga seu próprio curso, o bebê fracassa na realização das conquistas iniciais. Quando há um padrão de falhas ambientais, o bebê sofre um trauma. Nesses casos, há interrupção do processo de amadurecimento pessoal. Uma cisão da personalidade se estabelece e uma organização defensiva se arma para evitar o retorno da experiência traumática. Tudo isso ocorre em um momento em que o bebê ainda não é um eu estruturado. Esse é o caso das psicoses¹. O indivíduo continua a crescer, física e intelectualmente, mas a integração em um cerne pessoal não pode ser realizada.

Para Winnicott, portanto, os distúrbios psíquicos não são doenças no sentido tradicional do termo. Não são entidades nosológicas que se alojam no indivíduo, sejam orgânicas ou relativas a intensidades pulsionais. São distúrbios do processos de amadurecimento. A compreensão e a classificação dos distúrbios não são feitas com base na sintomatologia. Muitas vezes, uma criança que não apresenta sintomatologia própria ao seu momento maturacional pode estar adoecendo. Outras vezes, a doença é o recurso que o indivíduo necessita para poder descansar ou recuperar-se de uma sobrecarga. Nesse sentido, ela é menos uma doença do que um sinal de saúde. Pela teoria do amadurecimento, a natureza do distúrbio refere-se à origem do mesmo, ou seja, ao ponto, na linha do amadurecimento em que o processo foi interrompido em função de falhas ambientais traumáticas para o bebê. No caso das psicoses, isto ocorreu nos estágios iniciais da vida, quando o bebê ainda não era um eu que podia defender-se da falha ambiental sem aniquilar-se.

A clínica das psicoses

No caso das psicoses, se quisermos chegar à raiz do problema, a regressão à dependência faz-se necessária e é por isso que o protótipo do analista na clínica winnicottiana das psicoses é a mãe suficientemente boa. Nesse sentido, a clínica infantil torna-se parecida com a clínica dos adultos porque estaremos cuidando sempre do bebê que existe na criança maior ou no adulto. Essas pessoas tiveram seu amadurecimento paralisado em algum momento inicial e precisam viver, talvez pela

primeira vez em suas vidas, experiências concretas de ser, com o ambiente agora tendo êxito em vez de fracassar no atendimento às necessidades. Elas precisam chegar, nas condições especializadas do *setting* analítico, ao trauma original, à agonia impensável que nelas habita e que não foi experimentada no momento em que ocorreu em virtude da extrema imaturidade do indivíduo. Esse impulso de reviver a “loucura original”, diz Winnicott, “faz parte da tendência dos indivíduos para a saúde e a integração. Se nós, como terapeutas, lidamos com a situação com urgência de “curar”, a finalidade do colapso perde-se por completo já que, ao enlouquecer, o paciente persegue uma finalidade positiva e seu colapso não é tanto uma doença senão um primeiro passo em direção à saúde.” (1965: ExI, 233).

Para tanto, precisamos estar disponíveis para que o indivíduo tenha tempo e proteção suficientes para experimentar ser do modo que é e pode ser, seja qual for a possibilidade de ser que se apresente em um dado momento da relação terapêutica. Precisamos estar preparados para reconhecer qual é a possibilidade de ser do momento e acompanhá-lo enquanto perdurar essa possibilidade, por mais restrita que seja. Como para Winnicott, “é apenas da não-existência que a existência pode começar”, deixar ser significa dar sustentação a longos períodos de tempo em que o indivíduo, regredindo à dependência, permite-se abandonar o esforço de existir e entregar-se a estados muito primitivos, de amorfia, de desorganização, de não-existência.

Temos, também, que saber reconhecer e deixar ser o paciente quando a possibilidade se altera e traz consigo novas necessidades ou exigências. Ou, ainda, deixar aberto o caminho de retorno a uma regressão. À medida que amadurece, o paciente precisa de nós como objetos subjetivos, isto é, não destacados de si mesmo. Mais tarde, usará o *setting* para começar a exercitar a sua criatividade, a brincar. Depois começará a nos destruir, sem nenhuma raiva, apenas porque precisa saber se sobrevivemos à sua destruição. Poderá, então, começar a nos conhecer e, talvez, a nos amar, por termos lhe permitido ser. Só então, começará a entender que seu sentimento é ambivalente.

Tudo isso só é possível se pudermos criar e manter um lugar protegido, um mundo onde o paciente, quando for o tempo, possa começar a ser. Esse lugar consiste na totalidade dos cuidados que fornecemos, incluindo o

¹ Winnicott está ciente de que é problemático usar o termo psicose para nomear a patologia específica que ele busca configurar, uma vez que o sentido do termo tornou-se demasiadamente vago e comprometido por ter abrangido, ao longo do tempo, diferentes patologias e por estar relacionado com a noção de entidades nosológicas, comum à terminologia psiquiátrica. “Reconheço”, diz ele, “que a palavra ‘psicose’ apresenta muitas dificuldades. De certo modo, estou reivindicando um significado para essa palavra no momento em que muitos gostariam que ela fosse abandonada. Sugiro, contudo, que esse termo ainda possa ser empregado para designar a desordem emocional que não está incluída nos termos neurose ou depressão neurótica. Sei que, em psiquiatria, o termo psicose é usado para descrever várias síndromes que têm base física. Essa é outra fonte de confusão. Não vejo, contudo, como se pode lucrar inventando uma palavra nova.” (APM, 120).

setting analítico em todos os seus aspectos, a pessoa do analista, a pontualidade e os objetos. Quem trabalha com crianças sabe de quanto temos que cuidar dos objetos que elas constroem ou com os quais brincam. Um paciente contou-me um sonho no qual ele carregava um bebê nos braços. O bebê tinha uma cabeça muito grande, mas era raquítico, sem vitalidade e extremamente frágil e era difícil segurá-lo. Perguntei-lhe de que o bebê precisava. Ele disse: “De um lugar para viver e poder crescer”. A característica central desse mundo é a confiabilidade. Temos que sustentar um grau de confiabilidade de que, certamente, não somos capazes em nossa vida privada. Por essa confiabilidade, protegemos nosso paciente de qualquer tipo de imprevisibilidade. Se fornecemos esse lugar, o paciente poderá, talvez pela primeira vez, estar em um mundo cuja base é a familiaridade.

A participação da hereditariedade orgânica

A psiquiatria clássica, como um ramo da medicina, interpreta os distúrbios como sintomas de processos patológicos do organismo que estão relacionados ou a uma disfunção orgânica adquirida ou à transmissão hereditária. A doença acomete o indivíduo, está no indivíduo, mas nada tem a ver com o indivíduo como pessoa. Seja como ciência da somatogênese do psíquico seja como ciência da psicogênese do psíquico, o fato é que a psiquiatria observa e trata de entidades nosológicas sem vinculação com o fato de o indivíduo humano ter que se haver, desde o início, com o mundo, com o outro e com sua própria existência.

Winnicott não nega, obviamente, a existência de distúrbios de caráter orgânico nem o fato de haver tendências hereditárias predispondo patologias. Mas não é a esse tipo de distúrbio que ele dedica o seu esforço teórico e clínico. Se o cérebro, enquanto ente natural que é, está danificado, é tarefa do profissional da saúde reconhecer o fenômeno e encaminhar a um tratamento concernente a essa dimensão. Mas os distúrbios psicológicos secundários que decorrem das lesões orgânicas devem ser considerados distúrbios de base somática e devem ser distinguidos dos *distúrbios psíquicos*, nome que Winnicott reserva aos distúrbios que são relativos à pessoa do doente em sua luta pelo amadurecimento. É claro que, aos distúrbios psicológicos de base somática, podem ainda estar agregadas, e na maioria das vezes estão, as dificuldades relativas ao processo de amadurecimento. O problema é que, na maioria dos casos em que a sintomatologia é facilmente atribuída a danos no cérebro, não há lesão, e o indivíduo padece de problemas relativos ao fato de ter tido o seu amadurecimento interrompido por falhas ambientais

em um período muito primitivo. Mas, mesmo no caso da paralisia geral progressiva, por exemplo, que é uma enfermidade causada por uma perturbação orgânica do cérebro, é possível achar, na psicologia do paciente, “uma enfermidade que pertence especificamente a ele e ao seu caráter e personalidade e cujos detalhes derivam de sua história primitiva” (1965: ExI, 152).

A questão relativa à função intelectual é um bom exemplo de como incluir a hereditariedade orgânica na consideração do distúrbio sem atribuir-lhe sentido etiológico: quando a capacidade intelectual é restrita, devido a um tecido cerebral geneticamente mal dotado, fica diminuída a capacidade que, em geral, o bebê tem de converter uma adaptação ambiental insatisfatória em uma adaptação ambiental suficientemente boa. Disso resulta que algumas psicoses são mais comuns em deficientes mentais que na população normal. Um tecido cerebral excepcionalmente bem dotado pode capacitar um bebê a lidar com um sério fracasso na adaptação à necessidade, mas, nesse caso, diz Winnicott, “também pode ocorrer uma prostituição da atividade mental, encontrando-se clinicamente uma hipertrofia dos processos intelectuais relacionada a um colapso esquizofrênico potencial” (1952: PP, 383). A possibilidade de déficit existe tanto no caso de um tecido cerebral mal dotado (mas este será um caso de deficiência orgânica) como em um excepcionalmente dotado. O que pesa são os cuidados adaptativos da mãe, porque, mesmo quando a capacidade cerebral do indivíduo é restrita (Q.I. 80, por exemplo), se existirem as condições especiais do ambiente facilitador, o indivíduo pode apresentar um amadurecimento emocional saudável e tornar-se até mesmo uma pessoa interessante e de valor, “com um bom caráter e merecedora de confiança, capaz inclusive de tornar-se um bom cônjuge e de criar bem os seus filhos” (1954-70: NH, 31). Por outro lado, uma criança com excepcionais dotes cerebrais (Q.I. 140, por exemplo) e talentosa, se o seu amadurecimento foi seriamente perturbado devido a um ambiente não facilitador, pode tornar-se extremamente doente, sujeita a crises psicóticas, apresentando um caráter indigno de confiança e com poucas chances de vir um dia a cuidar de si mesma. Muitas vezes, diz Winnicott, em vez de poder usar sua inteligência, “elas caem em estado de confusão irremediável ou, ainda, apresentam dificuldades que acabam sendo diagnosticadas como deficiência mental” (1949: PP, 420). O potencial herdado é diferente nos dois casos, mas não é isso que determina a pessoa que o indivíduo será.

O fato é que, para Winnicott, o distúrbio psíquico não é uma entidade nosológica, constitucional ou adquirida, localizada dentro do indivíduo, mas um distúrbio do amadurecimento relativo à dificuldade de existir e continuar existindo. A psicose, diz Winnicott,

“não é uma doença. Para aqueles que estão mais interessados em doenças que em pessoas – doenças da mente, eles as chamariam – a vida é relativamente fácil. Mas, para aqueles entre nós que tendem a conceber os pacientes psiquiátricos não como doentes, mas como pessoas que são vítimas da batalha humana pelo desenvolvimento para a adaptação e para a vida, nossa tarefa torna-se infinitamente complexa.” (1959: FDI, 91).

Ele diz, ainda, que desconsiderará aqueles especialistas que pretendem fornecer tratamento físico para distúrbios psíquicos, uma vez que “não importa o que se saiba ou se descubra sobre a bioquímica ou a neuropatologia ou a farmacologia da esquizofrenia, o certo é que igualmente teremos ali os pacientes, pessoas como nós, em cada caso com uma história sobre o começo do transtorno, com uma boa carga de cansaço e sofrimentos pessoais e com um ambiente que é simplesmente mau ou bom ou então gerador de confusão em um grau que pode resultar inclusive desconcerto referente a ele” (1967: ExI, 234).

A esperança de Winnicott é “trazer a esquizofrenia para a esfera da luta humana universal e poder afastá-la da dimensão do processo específico de uma doença. As doenças que surgem da luta humana não deveriam

ser agrupadas junto com os distúrbios que são secundários a processos degenerativos.” (1965: TCC, 139).

Bibliografia

* As siglas apontadas entre parêntesis, após o título do livro em português, são as que uso para citação no corpo do texto, seguidas dos números da página onde o texto pode ser encontrado.

- WINNICOTT, D.W. 1958 (trad. bras., 1982) **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise** (PP), Rio de Janeiro: Francisco Alves.
 — 1965 (trad. bras., 1983) **O ambiente e os processos de maturação** (APM), Porto Alegre: Artes Médicas.
 — 1965 (trad. bras., 1980) **A família e o desenvolvimento do indivíduo** (FDI), Belo Horizonte: Interlivros.
 — 1986 (trad. bras., 1989) **Tudo começa em casa** (TCC), São Paulo: Martins Fontes.
 — 1987 (trad. bras., 1988) **Os bebês e suas mães** (BM), São Paulo: Martins Fontes.
 — 1988 (trad. bras., 1990) **Natureza humana** (NH), Rio de Janeiro: Imago.
 — 1989 (trad. argentina, 1991) **Exploraciones psicoanalíticas I e II**, (ExI e ExII) Buenos Aires: Paidós.