

RICARDO TELLES DE DEUS

*O psicótico e o seu ninho: um estudo clínico sobre o setting e os seus
destinos*

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

São Paulo
Agosto de 2006

BANCA EXAMINADORA

*A Newton de Deus,
meu querido pai.
Com toda a minha saudade e gratidão.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao CNPQ, por ter financiado esta pesquisa ao longo de dois anos.

Ao meu orientador, o Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck, por ter me acolhido em meus interesses e inquietações e, particularmente, por me fazer descobrir que a experiência clínica que obtive com os meus pacientes poderia, verdadeiramente, se revelar como uma preciosa fonte de conhecimentos.

À Profa. Dra. Elisa Maria de Ulhoa Cintra e ao Prof. Dr. Tales A. M. Ab'Sáber, pelas importantes sugestões que me forneceram no Exame de Qualificação.

Aos membros pesquisadores do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC-SP que, através de seus comentários, tanto contribuíram para o avanço desta pesquisa.

À Isabel Castello Branco, por me acompanhar com tanto cuidado, interesse genuíno e habilidade em minha jornada analítica.

À Suzana Maia, por toda a sua dedicação e perícia ao trabalhar como a minha supervisora clínica.

A Moisés Rodrigues, por tudo o que me ensinou sobre a clínica das psicoses, por suas importantes sugestões sobre este estudo e, igualmente, por ter me apresentado, de uma maneira tão viva, os escritos e as idéias de Donald W. Winnicott.

Ao Prof. Dr. Gilberto Safra, por todos os ensinamentos de grande valor.

À Profa. Dra. Fani Hisgail, Elsa Oliveira Dias, Adriana Morettin, Alberto Reis e Iso Guertman, agradeço o fato de terem me auxiliado a caminhar no processo de formação analítica.

À minha esposa Adriana, por todo amor, paciência e incentivo que me dedicou durante a realização deste estudo.

À Lídice e Juliana, respectivamente, minha mãe e minha irmã, por todo apoio decisivo que me forneceram nestes anos de pesquisa.

À Geny Costa Telles, minha saudosa avó, pelo seu carinho e amor à vida.

À Marciela Henckel, Lou Muniz, Beatriz Hardt, Ana Cecília, Veridiana Fráguas, Daniela Della Torre, Cristiano, Luís Castello Branco, Paulo Rogério, Rodrigo Bêlgamo, Eduardo Bittencourt, Primo Renan, Fabiana Gimenez, Maria Vilela, meus queridos amigos, por terem me ajudado durante todos estes anos, cada um à sua maneira.

Por fim, agradeço muitíssimo à Tarsila Samsa, Pamina e Chocolate, pessoas que me proporcionaram experiências preciosas, de um valor inestimável.

A todos, a minha gratidão.

Sumário

<i>Resumo</i>	p.7
<i>Summary</i>	p.8
<i>Introdução</i>	p.9
 <i>Primeira parte: Narrativas Clínicas</i>	
Capítulo 1: Um infante adormece.....	p.22
Capítulo 2: A metamorfose de Tarsila Samsa.....	p.46
Capítulo 3: Pamina e seu analista nazista.....	p.66
 <i>Segunda parte: O setting e a sua literatura</i>	
Capítulo 4: Notas de leitura à partir de alguns trabalhos que abordam a noção de Setting.....	p.91
<i>Terceira parte: Considerações Finais</i>	p.97
<i>Referências Bibliográficas</i>	p.99

Resumo

O presente estudo tem como o seu objetivo maior distinguir alguns aspectos do setting clínico que, no tratamento de pacientes psicóticos, possivelmente desempenhariam um importante papel. Num primeiro momento, o material clínico – extraído de três tratamentos de pacientes psicóticos que foram conduzidos pelo autor – é elaborado na forma de três narrativas. Em seguida, são examinados vários trabalhos que abordam, de um modo significativo e desde perspectivas bastante singulares, o assunto fundamental desta pesquisa. Mais precisamente, tais escritos versam sobre o setting em três contextos: na clínica psicanalítica, tal como ela seria praticada nos consultórios; no âmbito institucional; no Acompanhamento Terapêutico. Por fim, o autor do estudo chegou à conclusão de que o setting clínico, adaptado às peculiares necessidades do paciente psicótico exibiria, dentre várias outras possíveis, as seguintes características: flexibilidade ou elasticidade; consistência; estabilidade; materialidade; uma qualidade não-intrusiva.

Palavras-chave: setting; psicoses; Psicopatologia Fundamental; psicanálise.

Summary

The major goal of this actual study is to distinguish some aspects of the clinical setting that, in the treatment of psychotic patients, would possibly develop an important role. In a first moment, the clinical material – collected from the treatment of three psychotic patients attended by the author – is built in the form of three narratives. Secondly, many pieces of work that approach the essential subject of this research, in a very meaningful way and under quite singular perspectives, are examined. More specifically, those pieces of work focus on setting in three contexts: in the psychoanalytical clinic, exactly as it would be practiced in the offices; in the institutional sphere; in the Therapeutic Attendance. Lastly, the author of the study got to the conclusion that the clinical setting, adapted to the peculiar needs of the psychotic patient, would present, among many other possibilities, the following characteristics: flexibility or elasticity; consistency; steadiness; materiality; a non-intrusive quality.

Key words: setting; psychosis; Fundamental Psychopathology; psychoanalysis.

Introdução

Caro leitor, seja bem vindo a estas páginas. Permita-me lhe esclarecer o que, neste instante, repousa em suas mãos. Trata-se de um estudo que, fundamentalmente, deve a sua existência a um propósito que muito tem me inquietado, isto é, o de *vir a conhecer melhor alguns aspectos da maneira como, nos últimos anos, venho trabalhando clinicamente junto a pessoas que exibem problemáticas em suas vidas anímicas, digamos, de um certo “timbre” ou “caráter”*. Mais abaixo, é certo, consagrarei palavras tanto ao delineamento destas singulares “problemáticas”, quanto para sublinhar, com maior precisão, quais seriam os aspectos de meu modo de trabalhar sobre os quais pretendo verter certa luminosidade. Por ora, antes de mais nada, convido o leitor a examinar em minha companhia, e de um modo bastante sumário, a “pré-história” deste pequeno estudo, pois me parece que será com o auxílio destas circunstâncias primeiras, bem como, de alguns acontecimentos que se seguiram a elas, que nos resultará possível compreender algo do sentido do presente volume.

Bem, nossa “pré-história” começa a ser tecida à época em que ingresso em um curso superior de Psicologia. Das variadas experiências importantes que pude obter ao longo deste período, uma delas, certamente, foi a descoberta dos trabalhos de Sigmund Freud, no interior de um agradável grupo de estudo. Apreciei estes escritos, de imediato, como fascinantes, quer pela própria qualidade excepcional dos mesmos, quer pelo enlace significativo que, gradualmente, me uniu ao coordenador deste espaço. Verdadeiramente, ele foi a primeira pessoa que conheci para quem a psicanálise significava algo precioso, merecedora de cultivo no foro íntimo.

Algum tempo depois, esta viva experiência de leitura somada a amargos padecimentos psíquicos – que então, digamos, como que me

“azulavam (de angústia) a alma” – , lograram me impulsionar na busca de um divã providencial. O processo analítico que encontrei na ocasião, felizmente, revelou-se como sendo de inestimável valor. Direi de passagem que ele prossegue fluindo, continuamente, até os dias de hoje.

Assim, em um dado momento do curso de graduação, o estado de coisas era o seguinte: encontrava-me em análise; estudava o pensamento freudiano – nestes dias, eu realizava uma pesquisa no âmbito de uma iniciação científica financiada pela FAPESP, investigação que versava sobre um aspecto particular das idéias de Freud sobre a melancolia – ; e, na clínica-escola da faculdade, apoiado pelo trabalho de alguns professores-supervisores, começava a obter minhas primeiras experiências em tentar ser útil, como terapeuta, a outras pessoas.

Um dia, conversando com um amigo, fui informado sobre a existência de um tipo de trabalho clínico que era designado pelo nome “Acompanhamento Terapêutico”. Tal trabalho, explicou este amigo, seria endereçado, basicamente, a pacientes “graves”, “psicóticos”, “psiquiátricos”, e consistia em ajudar o paciente a construir para si mesmo uma vida cotidiana mais rica e saudável, em conexão com os recursos que o seu bairro, ou mesmo, que a sua cidade lhe ofertasse. Acrescentou que os “ats” – isto é, os “acompanhantes terapêuticos” – , com freqüência, congregavam-se em equipes de trabalho, as quais, por sua vez, podiam ser vinculadas, e de diversas maneiras, à instituições ou a profissionais variados que operam no campo da saúde mental. Escolheu como arremate de sua explanação a advertência de que, recentemente, ouviu dizer que o “Acompanhamento Terapêutico” representava uma boa oportunidade para os psicólogos começarem a trabalhar com a clínica, uma sorte de “porta de entrada”, pois,

com ele, ganha-se: experiência clínica; algum dinheiro; contatos com outros profissionais e instituições. Por fim, notando claramente o interesse pelo assunto que conseguira despertar em mim, convidou-me a, em sua companhia, efetuar a matrícula em um curso sobre esta prática clínica que estava prestes a começar, dali a alguns dias. Devo dizer que aceitei o convite, fiz o curso e, com o meu amigo e uma dupla de moças, formamos uma equipe de “Acompanhamento Terapêutico”. Batizamos esta equipe com o nome “Atuarua”, inspirados como estávamos pela publicação do livro *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico* (EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA, 1991).

À medida em que prossegui trabalhando como acompanhante terapêutico, a minha curiosidade e o meu interesse se viram crescentemente atraídos por assuntos que exibiam relação estreita com os inquietantes fenômenos com os quais me deparava. Conheci pacientes que, para o meu grande desconcerto, não pareciam dispor de um corpo próprio ou, por outro lado, que comumente temiam que um despedaçamento atroz fosse posto em marcha em seus membros. Também estive junto a mocinhas que, entre muitas e dolorosas lágrimas, lamentavam o fato de que vozes ameaçadoras soavam incessantemente no interior de seus crânios. Não me faltou, igualmente, a oportunidade de contatar pessoas que se diziam “esquizofrênicas”, “borderlines”, “maníaco-depressivas”, entre variadas outras “coisas”.

Se esta foi, essencialmente, a maneira através da qual tive a minha curiosidade despertada para temas tais como, por exemplo, a “clínica das psicoses” e a “dos estados-limite”, que percurso me conduziu ao encontro de algo de caráter bem mais preciso e modesto, quer dizer, o *objeto* deste estudo? Penso que semelhante “encontro” teve lugar em meio a um precioso grupo de

pesquisa do qual tenho participado desde o ano de 2000: o *Laboratório de Psicopatologia Fundamental (PUC-SP)*. Ocorre que, ao longo destes anos, tive a oportunidade de obter muitas e importantes experiências na qualidade de “membro pesquisador” deste grupo, particularmente, a de redigir e a de ver comentados uma série de trabalhos que escrevi com o propósito de elaborar parte daquilo que venho realizando junto a meus pacientes.

Um dos resultados mais importantes e perturbadores desta trajetória consiste em que, verdadeiramente, não sei mais como nomear, de um modo que me satisfaça, o trabalho clínico que venho realizando. “Acompanhamento Terapêutico”, ainda que eu utilize esta expressão no sentido a ela atribuído por Barretto (1998) – que é a concepção da referida prática clínica com a qual mais “simpatizo” – , não me parece descrever, apropriadamente, o tipo de trabalho que tenho procurado levar a cabo. Por outro lado, apesar de, nos últimos anos, a “análise modificada” proposta por Winnicott (1962) muito inspirar o meu trabalho cotidiano, tampouco ousaria pronunciar a declaração categórica segundo a qual, a rigor, venho praticando tal “modificação”. Pierre Fédida (1995) e Luís Cláudio Figueiredo (2003), como Winnicott, não deixam de forjar expressões que eu poderia utilizar para me referir ao meu trabalho clínico – respectivamente, “psicanálise complicada” e “modulação” da clínica psicanalítica. Bem, no mínimo, penso poder dizer que disponho de algumas sugestões para efetuar um batismo. Seja como for, sinto que tal “batismo” só poderá ser feito, com maior propriedade, após termos percorrido toda uma variedade de “etapas prévias”, dentre as quais, sem sombra de dúvida, figura a apresentação do *objeto deste estudo*. Vamos a ele.

Interessa-me neste estudo dar continuidade a um processo que, nos últimos anos, muito tem me entretido: *o de criar/descobrir sentidos na*

maneira como venho trabalhando clinicamente com pacientes que exibem um funcionamento de tipo primitivo (Winnicott, 1945). Mais precisamente, gostaria de me debruçar sobre três facetas singulares de meu trabalho. Uma delas versa sobre o tema do enquadre ou setting clínico e, creio eu, pode ser enunciada através de um par de indagações: haveria em minha prática terapêutica algo que, a rigor, mereceria ser qualificado como “setting”? E, caso a resposta à esta pergunta consista em um “sim”, quais seriam algumas das características mais importantes deste “setting”? Naturalmente, caro leitor, que semelhantes questões nos conduzirão, em páginas ulteriores deste estudo¹, a examinar como alguns psicanalistas lograram conceber o enquadre clínico.

O outro assunto que, juntamente à questão do setting, me desperta uma pronunciada curiosidade, consiste na *natureza das intervenções que tenho tecido com os meus pacientes*. Por exemplo: será lícito dizer que, em um sentido estritamente freudiano, costume interpreta-los? Posso adiantar que, verdadeiramente, parece-me que *não*. Fico com a forte impressão de que faço “outras coisas”².

Finalmente, interessa-me explorar neste estudo *os sentidos suscitados por intrigantes fenômenos que, segundo observei, emergiram em meio às relações que pudemos estabelecer eu e meus pacientes*. Em outras palavras, há neste registro do estudo uma inquietação poderosa: *como apreender os fenômenos observados*³?

¹ Isto é, naquelas consagradas ao exame do *material bibliográfico*.

² A exemplo da questão do setting, este ponto encontrará um desenvolvimento maior no âmbito do exame da bibliografia.

³ Esta faceta de meu trabalho terapêutico será contemplada – em um primeiro momento e, em alguma medida – ao longo das três narrativas clínicas que o leitor encontrará na seqüência deste *Prelúdio*. Posteriormente, em um capítulo destinado à articulação das vivências clínicas a conceitos diversos, a referida “faceta” também comparecerá.

Posto isso, avancemos mais um passo na tentativa de delinear, ao menos em suas linhas mais gerais, o que poderíamos chamar de *o objeto de investigação* do presente estudo.

O que poderia dizer sobre os pacientes que comparecerão nestas páginas? Bem, posso começar fazendo referência ao fato de que médicos psiquiatras, ao que parece, orientados pelo *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)* (American Psychiatric Association, 1995) e/ou, quem sabe, pela *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas* (Organização Mundial de Saúde, 1993), diagnosticaram *Chocolate*, *Pamina* e *Tarsila Samsa*. No parecer destes médicos estaríamos diante, respectivamente, dos seguintes “transtornos mentais”: *surto psicótico em adolescente; esquizofrenia; transtorno de personalidade borderline, associado à uma deficiência mental leve*. E no que diz respeito a este último diagnóstico cabe acrescentar que, tempos depois de sua confecção, a equipe de um hospital-dia pareceu insatisfeita com ele, substituindo-o, assim, por um outro: *Tarsila* padeceria de *Psicose*.

De minha parte, quando me deparo com a perspectiva de conceber meus pacientes, a exemplo de meus colegas psiquiatras, como, por assim dizer, “transtornados”, medito sobre o quão delicada parece ser a tarefa de procurar conceber estas pessoas à partir de entidades nosográficas previamente definidas. Isto porque, por um lado, penso que ao examinar “de perto” os meus pacientes, quer dizer, com o maior cuidado que me é dado alcançar, de fato, cada um deles me parecem surgir como *único, como que a portar uma singularidade radical, inaudita*. Entretanto, por outro lado, o mesmo “exame” não deixou de me sugerir que eles compartilhariam, entre si,

certas características. Assim sendo, no que tange à questão diagnóstica, vou optar neste estudo pela adoção de uma sorte de “hipótese de trabalho”, algo que, a um só tempo, é capaz de me fornecer alguma orientação – uma “rosa dos ventos” providencial – e que, igualmente, não me arroja em um “cárcere nosográfico”.

Me resulta bastante significativa, convincente ou razoável, a inclusão de nosso “trio” de pacientes não exatamente em *um quadro clínico determinado* mas, isto sim, em uma espécie de “*categoria*” ou de “*grupo*”. Em interlocução com Winnicott (1945, 1954) direi, então, que estes pacientes parecem exibir *um funcionamento de tipo primitivo* ou, em outras palavras, *que seriam casos em que o clínico é confrontado com fenômenos condizentes às etapas mais arcaicas do desenvolvimento emocional humano*. Segundo esta perspectiva teórico-clínica, para o interior desta ampla categoria psicopatológica podem e devem ser encaminhados todos os casos em que, no âmbito dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais, existam importantes indícios de que uma estrutura pessoal sólida e consistente ainda não foi estabelecida, que o “status” de unidade estaria ausente, ou que, a rigor, as dificuldades do paciente não se localizariam “no reino dos relacionamentos interpessoais” – padecimento que só pode se dar entre “pessoas inteiras”.

Mas tão logo apresento o mencionado “objeto”, ocorre-me a dúvida sobre *qual poderia ser um itinerário que, uma vez percorrido, se revelaria como apropriado para aborda-lo*. Fazendo uso de um termo grego, indago sobre qual o *Métodos* (Chauí, 1994) que devo empregar nesta investigação. Eis aí uma pergunta que aponta para algo sumamente importante.

Bem, reconhecendo no objeto desta pesquisa um caráter eminentemente clínico, penso que seria proveitoso começar o estudo

debruçando-me sobre o que vivi ou vivo junto a meus pacientes, quer dizer, me inclinando sobre a minha própria experiência. Posto isto, buscarei realizar tal idéia através de *três narrativas clínicas* com as quais, mais adiante, o leitor irá se deparar. Devo sublinhar que a matéria prima com a qual plasmei cada uma delas foi extraída, basicamente, de anotações feitas no decorrer de três tratamentos. Dois destes – o de Tarsila Samsa e o de Pamina – ainda hoje estão em marcha, tendo o de Chocolate sofrido uma súbita interrupção, anos atrás.

Num segundo momento, pretendo ir ao encontro das experiências e dos pensamentos de alguns dos autores que redigiram trabalhos consagrados à duas das facetas do objeto deste estudo, isto é, o *enquadre ou setting clínico e algumas modalidades de intervenção disponíveis ao psicanalista*. Citando alguns exemplos, gostaria de refletir e de escrever um tanto sobre: *o enquadre do tratamento psicanalítico (com Sigmund Freud)*; *a “técnica ativa” e a “elasticidade da técnica psicanalítica” (com Sándor Ferenczi)*; *o trabalho clínico com pacientes em “regressão terapêutica” (com Michael Balint)*; *algumas das características mais importantes da chamada “análise modificada” (com Donald Winnicott)*; *o “Acompanhamento Terapêutico” (com Kleber Duarte Barreto, comigo mesmo, entre outros)*. Parece-me que tudo isto, uma vez abarcado em um dado capítulo – claro está, *não* de um modo sistemático e exaustivo – , poderá me ser útil nas proximidades do final deste estudo, páginas em que procurarei tecer articulações entre a minha experiência pessoal e as diversas contribuições de tais autores.

Antes de apresentar ao leitor as narrativas clínicas que redigi, gostaria de consagrar algumas palavras a um esclarecimento bastante importante, sem o qual, penso, a natureza do presente estudo não poderia ser apropriadamente

discernida. Refiro-me ao fato de que esta pesquisa faz parte ou, se quisermos, é como que uma “pequenina partícula” de um vasto e rico campo de investigação, campo este que vem sendo designado (*Fédida, 1995; Berlinck, 2000; Pereira, 1998*) como *Psicopatologia Fundamental*.

Desprovido de qualquer intenção de tratar aqui, de um modo mais aprofundado, deste assunto complexo, me limitarei, nas próximas linhas, a procurar por em relevo algumas das idéias que parecem cintilar no seio da *Psicopatologia Fundamental*, idéias que, pessoal e atualmente, cultivo como preciosas e como inspiradores desta pesquisa.

Quando, anos atrás, ingressei no *Laboratório de Psicopatologia Fundamental (PUC-SP)*, vezes sem conta descobri em mim um pronunciado interesse em realizar pesquisas nas quais, essencialmente, eu trabalharia com teorias e com conceitos. Um fato serve para ilustrar o que estou a dizer: os primeiros trabalhos que apresentei ao mencionado grupo de pesquisa foram, digamos, absolutamente “conceituais” ou “teóricos”. Entretanto, este estado de coisas foi, pouco a pouco, sofrendo uma alteração substancial. Com o paciente e acolhedor auxílio do Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck, fui adquirindo a compreensão de que também a minha experiência clínica poderia ser “objeto” de uma investigação interessante. Poderia, se trabalhada com suficiente cuidado e determinação, dar lugar ao florescimento de uma sorte de “conhecimento” ou de “saber” bastante instigante. Um “conhecimento” nascido da experiência íntima das paixões, dos sofrimentos e das várias satisfações suscitadas quando do encontro com meus pacientes. Ao longo de semelhante processo, portanto, vim a poder compreender melhor o *pathei mathos* que Pierre Fédida (1995) propõe resgatar do teatro de Ésquilo. E devo dizer que tal descoberta pessoal, de modo algum, me conduziu a nutrir

qualquer menosprezo pelo trabalho com os conceitos. Muito pelo contrário, ofertou-me alguma clareza maior do quanto alguns pesquisadores esforçam-se por, digamos, como que “arraigar” suas abstrações nas experiências que colheram. *Pathei mathos*, portanto, é uma idéia ou, quem sabe, um *princípio* que rege este estudo.

Uma outra perspectiva à qual venho atribuindo, ao que parece, cada vez maior importância, consiste em procurar estar verdadeiramente aberto para tudo aquilo que, tanto em meus pacientes como em mim mesmo, for da ordem do singular, do único, do inaudito. E tal realização, penso, não é nada fácil, coisa “garantida”. Como lograr, conforme nos propõe Manoel Berlinck (2000), ouvir a *voz única* que cada sujeito porta? Creio que o que está colocado neste âmbito, e com uma veemência maior, é a possibilidade de um trabalho clínico fundar-se na visada ofertada pelo *êthos*⁴. Eis aí um outro princípio da *Psicopatologia Fundamental* que norteia os meus esforços nestas páginas.

No que versa acerca dos diversos modelos teóricos e paradigmas que, cada qual à sua maneira, procuram conceber o humano, a *Psicopatologia Fundamental* convida os clínicos a manterem para com os mesmos uma postura crítica ou de ponderado rigor. Inspirados por ela, indagaremos: “*o que poderíamos entender como sendo uma “teoria”?*” E, também: “*qual seria o limite ou o alcance explicativo que cada modelo teórico exhibe?*” Isto porque não seria o humano *inerentemente* inesgotável por qualquer disciplina? Sinto que mantendo vivas e presentes tais indagações em nosso pensamento, mais

⁴ Segundo nos informa Marilena Chauí (1994), a palavra grega *êthos* entranha os seguintes significados: “...caráter, maneira de ser de uma pessoa, índole, temperamento, disposições naturais de uma pessoa segundo seu corpo e sua alma, os costumes de alguém (animal, homem, uma cidade) conforme à sua natureza.

difícilmente seremos levados a perder de vista o caráter hipotético das teorias, por mais convincentes ou razoáveis que elas possam nos resultar. E, por outro lado, tampouco nos parece dado apreender os acontecimentos clínicos, senão, por meio de uma “posição” singular, posição da qual é desejável que tenhamos suficiente clareza.

Com estas pontuações, dou por encerrado este *Prelúdio*. Gostaria neste instante de convidar você, prezado leitor, a ingressar na *primeira parte* deste estudo, espaço em que o esperam três pequenas narrativas clínicas. Vamos a elas?

*

* *

Primeira parte:
Narrativas Clínicas

Capítulo 1:
Um infante adormece

Berceuse Op.57
Frédéric Chopin

Kind im einschlummern (Criança indo dormir)
Kinderscenen (Cenas da infância) Op.15
Robert Schumann

Em um tempo não muito remoto, a equipe profissional de um hospital-dia sentia-se confrontada com um caso clínico profundamente perturbador. Dentre as diversas pessoas que compunham esta equipe, não parecia haver uma sequer que não estivesse às voltas com perguntas inquietantes como estas: “*pode este hospital oferecer um tratamento adequado a este paciente?! Não seria melhor encaminhá-lo para uma internação psiquiátrica em “regime fechado”?!*”. Portanto, no dizer de uma voz corrente, esta expressiva comoção institucional se arraigava em Marlon e seu “surto psicótico”.

Naqueles dias infaustos em que teria eclodido em Marlon, desde a perspectiva de Conegumes, sua psiquiatra, uma *crise de natureza psicótica* – supostamente, pela primeira vez –, o paciente tinha quinze anos de idade e compartilhava um mesmo teto com seu pai e sua irmã mais velha, ambos adotivos. Este era o estado das coisas desde o momento em que o casal que empreendeu a sua adoção levou a termo um divórcio. Acerca deste último, sei dizer, apenas, que antecedeu a época em foco, escapando-me qualquer outro traço de sua “fisionomia”⁵.

Mas afinal, é preciso obter alguma notícia acerca da(s) razão(ões) pela(s) qual(ais) a mencionada equipe encontrava-se tão angustiada diante do paciente, conforme afirmei. Em parte, creio eu, este fato se deixa explicar quando tomamos em consideração o próprio estado anímico em que Marlon se encontrava à época. Infelizmente, declarar que a sua situação psíquica era muitíssimo precária não consiste em qualquer exagero. Muito pelo contrário,

⁵ A biografia destes quinze primeiros anos de vida me resulta, sobretudo no que tange a seus detalhes, um tanto desconhecida ou imersa em trevas. Ocorre contudo, neste âmbito do caso clínico, algo curioso: o que dela me foi dado exumar aprecio, a um só tempo, como “quantitativamente raquítico” e “qualitativamente fecundo”, isto é, partindo de um minguado número de informações históricas, parece ter sido possível derivar hipóteses capazes de esclarecer dimensões particulares do material clínico. Poucas páginas adiante, ofereço ao leitor minha modesta tentativa de reconstrução da história de vida do paciente. Retornemos, por ora, ao dramático instante em que o colapso, com imensa fúria, veio a florescer.

eis aí um juízo preciso! Meu propósito, nas próximas linhas, é o de consagrá-las ao delineamento de um certo “retrato”, tão somente esboçado, do estado psíquico em que Marlon se encontrava na ocasião em que o conheci.

Prescindindo dos serviços de um padre ou de qualquer outro funcionário eclesiástico, o jovem Marlon parecia ter empreendido, naqueles tempos, uma espécie de novo batismo de si. Tanto é que, numa tarde memorável, Conegumes apresentou-me ao *Chocolate*. Era negro, corpulento e de alta estatura, com longas mãos e pés. Com estes, movia-se de um modo absolutamente vertiginoso ao longo dos corredores e escadarias hospitalares, um pouco à maneira como se deslocam pelo espaço os personagens das películas de Charlie Chaplin ou, quem sabe, como se suas pernas e braços executassem uma insólita coreografia para O Vôo do Besouro⁶. Esta sorte de imperiosa necessidade de movimentar o próprio corpo, de um modo rápido e, a rigor, quase ininterrupto, bem como alguns outros fenômenos que lhe eram concomitantes – que passarei a listar mais abaixo – , levam-me muito freqüentemente a imaginar que, num certo sentido, *Chocolate* poderia ter brotado, aos saltos, das clássicas páginas nas quais Jean-Pierre Falret (1854) destaca de sua loucura circular o estado maníaco ou, mesmo, daquelas em que Henri Ey e colaboradores (1970) põe em relevo o acesso maníaco a partir da típica evolução do que denomina psicose periódica maníaco-depressiva. Contudo, gostaria que ficasse claro que não estou a propor com esta alusão, nem de maneira remota, que o estado psíquico de meu jovem paciente “caiba”, todo ele, no exíguo espaço conceitual condizente a estes “estados” ou

⁶ Trata-se de uma composição musical tão engenhosa e inspirada quanto, por outro lado, veloz e ininterrupto é o seu andamento. Onde quer que ela soe, é como se um besouro infernal sobrevoasse o ouvinte. À parte este juízo de cunho estritamente pessoal, o *Dicionário Grove de Música: edição concisa* (1994) dedica-lhe este

“acessos” maníacos. É apenas parcialmente que Chocolate se me afigura “maníaco”. Maníaco, ma non troppo.

Fato assombroso, conquanto tivesse lugar toda a mencionada movimentação corporal, o jovem parecia desconhecer qualquer fadiga ou exaustão. Aparentemente incólume ou invulnerável ao cansaço, destoava dos fatigados humanos que o circundavam. O que ocorria a Chocolate era entregar-se, sempre e sempre, à realização de alguma atividade. Um exemplo: quando se lançava, repleto de ímpeto, ao encontro de um pequeno vídeo-game, permanecia diante da televisão ao longo de um curtíssimo intervalo de tempo, isto porque tal divertimento, sendo interrompido do modo mais brusco, era então sucedido por uma corrida entusiasmada rumo ao aparelho de som. Pois bem. Tão pronto chegávamos a ouvir, pela primeira vez, o refrão de um dado pagode, eis que a audição era cancelada em benefício de uma visita faminta à geladeira. Esta peregrinação frenética, registrei desconcertado um dia, chegou à alarmante “marca” de sete atividades por minuto!

Parece-me vantajoso que neste momento, prezado leitor, examinemos com maior acuidade estes fenômenos contundentes com os quais temos nos confrontado. É certo, será preciso adotarmos algumas perspectivas teóricas singulares. Assim procedendo, creio, obteremos alguns esclarecimentos dignos de nota.

Primeiramente, ganha relevo o destacado papel que a motricidade do paciente parece ostentar no âmbito de sua vida anímica. De fato, ela dá mostras de ter sido elevada ao estatuto de uma importante via – senão fundamental – para o escoamento ou descarga do que se afigura como uma

sucinto verbete: “...*Interlúdio orquestral da ópera A Lenda do Czar Saltan (1900), de Rimsky-Korsakov, do qual fizeram-se inúmeros arranjos...*” (Sadie, 1994, p. 1007).

espécie de avolumada porção de excitações físicas e psíquicas. Por outro lado, quando tomamos em conta o conceito de *mímica* apresentado por Karl Jaspers (1973), algo de novo se passa no campo de nossa apreensão do material clínico. Mediante este conceito, Jaspers exorta seus leitores a apreciarem os movimentos do corpo humano, particularmente aqueles que podem ser considerados involuntários – ou, mesmo, tudo aquilo que há de não-intencional nos movimentos voluntários – , como acompanhando, permanentemente, eventos psíquicos – o que, em última análise, equivale a conferir à tais movimentos o estatuto de legítimos fenômenos da vida psíquica.

Ora, se assim é, não me parece disparatada a hipótese de que o vertiginoso e ininterrupto deslocamento de Chocolate por entre as variadas atividades, como que torna “plástica” ou “coreograficamente constatável” um particular estado de coisas que imperaria em sua vida anímica, a saber: os seus investimentos libidinais, gozando de um estado de “não-ligação” ou de “livre-escoamento”, migrariam de uma representação psíquica à outra, através dos mecanismos de deslocamento e de condensação, em busca de alcançar a descarga do modo mais direto e rápido possível. Em outras palavras, tenho a forte impressão de que a vida psíquica de nosso jovem, examinada sob a luminosidade dos pontos de vista “econômico” e “dinâmico”, parece exibir um delicado enlace com o modo de funcionamento do aparato anímico que Freud (1900) qualificou como o *processo primário*.

Antes de retomar o traçado do “retrato” do paciente, gostaria de esclarecer a razão pela qual depositei tamanha ênfase, mais acima, à “mímica” de Chocolate. Em verdade, este fazia escasso uso das palavras, comunicando-se, via de regra, por meio de uma sorte de “silencioso dialeto”

composto, basicamente, de gestos, olhares, expressões faciais, odores e sons. Assim sendo, no final das contas, esta ênfase proviria do próprio paciente e de seu “dialeto”. Aliás, aproveito a ocasião para acrescentar que, neste ponto preciso, Chocolate em nada recorda as mencionadas descrições que Falret e Ey nos fornecem dos acometidos de mania, célebres, entre outros motivos, por freqüentemente se conduzirem como notórios tagarelas. Ao aludir ao silêncio deste dialeto, passo, na seqüência, a examinar outras importantes dimensões do material clínico, dimensões estas que não parecem integrar, digamos, o “universo maníaco”.

À medida que meus primeiros encontros com Chocolate iam se dando, notei perplexo que também eu, no entender do jovem, chamava-me “Chocolate”. Ou seja, parecia haver, apenas, “um único e mesmo nome para dois” – parafraseio aqui, ludicamente, o interessante título com que Joyce McDougall (1996) batizou um de seus trabalhos: *Um corpo para dois* – , fato que estaria a sugerir, de um modo bastante significativo, que o enlace psíquico que o paciente estaria experimentando comigo se edificara, em essência, sob o signo da indiferenciação ou indiscriminação de nomes e, quem sabe, também de psiquismos e de corpos. Uma outra observação clínica – à qual examinarei, mais adiante, com algum zelo – vem corroborar esta hipótese: à semelhança do paciente, sobretudo durante os encontros ocorridos no princípio do tratamento, minha conduta era como a de uma sorte de “criatura infatigável”. Conservo as mais vivas recordações de o quanto era necessário que se transcorresse um certo intervalo de tempo, após o término dos encontros, para que, finalmente, se abatesse sobre mim o estado de agudo esgotamento físico e psíquico resultante do trabalho clínico.

Mas a relação que Chocolate e eu íamos tecendo ao longo dos dias, certamente, dava mostras de portar outros timbres e matizes para além da dimensão, por assim dizer, “simbiótica”. Vou tentar, nas linhas seguintes, dispor nas mãos esta “relação tecida”, esta “tapeçaria”, nela introduzir, ao menos, alguns outros aspectos que lhe são de direito.

Ao aspecto que tenho em mente me ocorre aplicar a palavra ambivalência. Mas não é um fato que a escrevo cheio de hesitação? Explico já este titubeio. Por um lado, recordo que o paciente, vezes sem conta, dedicando-me um terno e pueril amor, me assustou por passar a investir contra mim, subitamente, generosas porções de sua agressividade – ou seria melhor, aqui, referir-me a seu ódio? Também é verdade que à tal estrondosa irrupção seguia-se, do modo mais regular, um regresso à amorosa ternura de criança que, ainda a pouco, havia se desvanecido. Contudo, penso discernir neste “regresso” um detalhe cintilante: novamente amistoso, Chocolate agia como se não houvesse ocorrido qualquer agressão, isto é, faltava à sua conduta, nestes momentos, qualquer vestígio de um sentimento de culpa ou de uma tentativa de reparação. Ao meu entendimento isto sugere a possibilidade de que, desde a singular perspectiva do paciente, eu não seria experimentado psicologicamente como uma única pessoa – ou, melhor dito, como uma única parte dele mesmo, conforme a “indiferenciação” à qual aludi mais acima – mas, isto sim, como várias, conforme o afeto ou sentimento que me era dirigido a cada vez. Posto isto, ao me descobrir no seio da vida anímica de Chocolate, assim, como que “disposto em fragmentos” ou “flutuando aos cacos”, como qualificar como “ambivalente” a sua atitude para comigo?

Ao arrojá-lo com tamanha violência seus afetos em minha direção, meu jovem paciente parecia comunicar, em última análise, o seguinte: “*você*

existe”. Apesar disto devo dizer que, de tempos em tempos, o avesso desta comunicação se me confrontava. Pois Chocolate era dado a como que “ausentar-se” de seu contato comigo, ocasiões nas quais vim a conhecer uma clara sensação de não existir para ele. Tendo empreendido uma espécie de “mergulho profundo em si mesmo”, ali permanecia incomunicável e arredio aos meus esforços de contato, como uma cerrada concha negra. Acrescento que apesar de sua força, este “retraimento” (*Winnicott, 1954*) ou “estado autístico” era também fugaz: consumia não mais do que uns poucos minutos ou, mesmo, segundos. Aprendi que o melhor a fazer, durante estes instantes, era aguardar que ele retornasse, como ele mesmo um dia declarou, do “*seu mundinho*”.

Por fim, agrego como o derradeiro “traço” nesta minha tentativa de “retratar” Chocolate, um acontecimento que, em virtude de seu próprio caráter marcadamente arcaico, ilustra à maravilha o estado anímico que o meu jovem paciente exibia. Ei-lo: noite após noite Chocolate, ainda imerso no estado do sono, urinava com vigor no colchão de sua cama. A cada manhã, úmidas formas ovais, zeppelins e grandes círculos, alvejados pelo calor e luminosidade dos raios solares que atravessavam a janela, iam pouco a pouco desaparecendo da tela retangular em que o colchão fora, insuspeitadamente, convertido. Não duvido que a um eventual espectador desta “tela” ocorreria, facilmente, supor estar diante da “obra” de uma criança pequena ou, mesmo, de um “bebê-artista”.

*

**

Gostaria de expor, neste momento, alguns aspectos da história de vida do paciente. Um motivo substancial me conduz nesta direção: constato que freqüentemente, quando procuro me aproximar deste percurso histórico e, à partir dele, debruçar-me sobre o que vivi junto a Chocolate, descubro novas possibilidades de apreender ou de significar aspectos desta vivência. Trata-se de um fenômeno muito interessante e, por que não dizer, divertido. Contudo, antes de pôr em marcha esta proposta de resgate histórico, tecerei alguns comentários sobre *o modo pelo qual não obtive*, bem como, acerca do *modo pelo qual obtive* as diversas informações que compartilho com você, prezado leitor, mais adiante.

Um fato que a algum tempo passei a lamentar é que, à época em que o tratamento se deu, não realizei nenhuma entrevista com os pais do paciente. Por variados motivos, elas se revelaram inviáveis. Menciono aqui, à guisa de exemplo, dois destes fatores que teriam operado à moda de eficazes obstáculos à realização das referidas entrevistas: os pais de Chocolate deram mostras, ao longo de todo o tratamento, de uma escassa possibilidade de estarem participando dos encontros que, inúmeras vezes, propus; creio que eu não dispunha na ocasião – cumpre frisar que este foi, de fato, um dos primeiros casos em que trabalhei como **acompanhante terapêutico** – de uma experiência clínica suficiente para tornar possível a mim intervir, de maneira adequada, por sobre a delicada situação familiar que o contexto exibia.

Mas neste caso clínico, afortunadamente, os obstáculos que se opunham à exumação da história do paciente não se distribuía por toda parte, não gozavam de qualquer “onipresença”. De tempos em tempos, obtive valiosas informações ao contatar *três pessoas e um livro*. Já esclareço, de trás para frente, o que tenho em mente.

O livro: *o prontuário disponível no hospital-dia*, em cujas páginas, li e reli, as esparsas anotações redigidas quando do ingresso do paciente naquela instituição – ocasião em que, para a minha surpresa, seus pais concederam uma entrevista. Uma das pessoas: *Conegumes*, a psiquiatra do paciente, com a qual, vez ou outra, procurei conversar. Outra destas pessoas: *Abigail*, a “empregada doméstica” – estas aspas se justificam porque ela, disto tenho forte impressão, parecia desempenhar junto ao paciente, há muitos anos, um papel fundamental: ministrava-lhe uma ampla gama de cuidados cotidianos – , que repetidas vezes, durante meus encontros com o paciente, narrava, a meu pedido, passagens capitais da história deste, enquanto, ao mesmo tempo, ia passando com um ferro ardente uma pequena montanha de roupas retiradas do varal. E, por fim, uma pessoa não menos importante – estas “fontes de informação histórica” estão dispostas em uma ordem aleatória – : *Chocolate*, o próprio paciente, que, à sua maneira – isto é, por meio de: *uma intensa, expressiva e costumeira comunicação não-verbal; vigorosos fenômenos transferenciais; frases e palavras que, embora tivessem lugar de um modo relativamente infreqüente, eram bastante significativas* – , contou-me sua contundente história. História que passo a tentar recompor, em algumas de suas dimensões, a seguir.

O material que pude congrega em minhas mãos parece me endereçar uma vigorosa, robusta exigência. O imperativo seria o seguinte: *o ponto no tempo em que se principia a história deste rapaz é anterior ao seu nascimento*. Pois não é um fato que uma série de acontecimentos – a rigor, merecedores da apreciação “dignos de nota” – preludiam as circunstâncias do parto em que veio à luz?

Nasce, com má estrela...

William Shakespeare. *Romeu & Julieta*.

Caro leitor, esta história começa com um casal em torno de um pequeno esquife. *A madeira é marrom escura; a superfície, lustrosa. Tanto é, que à moda de um espécuro octagonal, nela podia-se ver rostos tristíssimos banhados de lágrimas. O esquife é o continente de uma criança morta. Certa meningite devorou o menininho, com ferocidade impiedosa, antes que ele sorrisse, a bater palminhas, diante de um quinto bolo de aniversário.*

Próxima ao angulado encontro de duas paredes, uma cadeira tem assentada sobre si o amplo traseiro de uma velha mulher. Esta, por sua vez, tem no colo uma irrequieta menininha, quem sabe, um ou dois anos mais velha que o finado, de vestidinho lilás e olhos atentos a tudo que vê. Às vezes, ela lança um olhar ao imóvel irmão deitado num caixote. “Por que ele não se move?”, pergunta à vovó. A vovó não responde. Lacrimeja.

Em outra diagonal da sala há um homem de pé. Ele ganha o seu pão com a psicanálise. A atmosfera lúgubre do recinto traz à sua mente a lembrança de um artigo de Freud. Neste, o bebê humano surge estimado por seus pais como “uma majestade”. His Majesty the Baby. “Estes pais...”, pondera silenciosamente o psicanalista na privacidade de seu pensamento, “...estes pais à beira do esquife vão ter de dar sepultura a este príncipe pequenino...”. Enquanto medita, o rosto do homem é palco de uma circumspecta fisionomia. Ele é cético quanto à possibilidade de menininhos como aquele serem conduzidos, por seus pais, a sepulcros. No limite, lhe resulta verossímil a concepção de um longo, dolorido e, muitas vezes,

tortuoso percurso de luto, o qual, não raras vezes, mais parece apenas parcial ou inconcluso.

E ao velório não falta um bebedouro. Curiosamente, ele é cheio de uma rubra groselha. Ladeando-o há um senhor que não ingeriu, sequer, uma gota deste refresco. Desde a sua chegada pousou o olhar sobre o esquife do menino e, ao que parece, assim prosseguiu até aqui. Alcança os ouvidos de quem dele se aproxima alguma espécie de sonoridade, um balbucio, talvez. Ocorre que tal senhor, profundamente comovido, murmura uma melodia tão bela quanto triste, invenção de Maurice Ravel. É a Pavane pour une infante défunte – Pavana para uma criança morta – com a qual, pretende ele, escutar seu neto ao mausoléu familiar.

Sepultada a pequenina criança, um fato muitíssimo significativo advirá. Consumido um intervalo de tempo algo “breve” – dias, meses, anos? ninguém soube precisar a exata duração deste “intervalo”; entretanto, algumas de minhas “fontes de informação”, não sem um expressivo arregalar de olhos, insistiram em aplicar a este período um certo caráter de *fugacidade* – , consta que os aludidos pais teriam se lançado em uma busca singular, a saber, a de adotar um bebê. Neste ponto da história, uma vez mais, repousa sobre os acontecimentos densa névoa. Mas, ainda assim, é possível distinguir pontos que cintilam neste panorama obscuro. Ei-los, dispostos em rápidas pinceladas.

O casal fica sabendo que, naquele duro e árido tempo, certa mulher gesta um bebê em seu ventre. Sobretudo, dizem-lhes que ela não pretende ficar com a criança, que ela não a quer. Posto isto, o casal vai ao encontro da gestante. Revelam a esta seu propósito de adoção. Há acordo: o bebê, ao nascer, será filho do casal. Destaca-se no pacto, contudo, um elemento

*importante, uma espécie de “juramento”: a mulher assegura ao casal que a criança, à sua própria semelhança – e, diga-se de passagem, também à semelhança dos futuros pais adotivos – , será branca. O homem que a fecundou, também ele é branco, arremata. Tempos depois, ainda durante a gestação, o casal é brindado com uma surpresa: não há **um** mas, isto sim, **quatro** bebês no ventre da mulher! O casal não esmorece: propiciarão acolhimento a todos eles! Muito bem. A circunstância do parto será dramática. Pois o que vem à luz no centro cirúrgico é um insuspeitado quarteto de bebês negros como noite. Três estão inertes, o que é compreensível dada à condição de natimortos. Há um único sobrevivente que, sem cessar, move seus bracinhos e perninhas em meio ao espanto e desconcerto geral. Sabe-se que o casal teria declarado, na ocasião, que lhes faltaria a coragem necessária a fim de devolver à sua mãe o pequeno bebezinho negro. “Acabamos ficando com ele”, teriam dito.*

Meu prezado leitor, foram estas as “suaves” circunstâncias nas quais Chocolate foi arrojado em nosso orbe. Vezes sem conta, no decorrer dos últimos anos, experimentei a amarga irrupção desta biografia – e não só dela, como também de uma porção de outros aspectos deste caso clínico – em minha memória. Quem sabe, no que se refere a tais ocorrências seja lícito afirmar, em algum sentido e medida, que me conduzia, então, como uma sorte de “traumatizado de guerra”, limitando-me assim, a cada irromper do material, a ser “invadido” por ele, a imergir “afogado” na volumosa angústia que ele trazia consigo. Naturalmente que desta confidência pode-se inferir a seguinte declaração: não me era possível pensar – ao menos, com maior intensidade ou clareza – a partir do caso clínico. Causa-me espanto perceber que era como

se eu “padecesse” ou “sofresse” do caso! Entretanto, sinto que este tempo já se foi. Escrevendo, convalesço.

Dentre as múltiplas facetas que esta história contundente encerra, encontro uma que considero particularmente significativa. Posso apresentá-la na forma de um questionamento: à época em que o mencionado casal buscou adotar um bebê, teriam eles logrado levar a termo, de um modo considerável, um processo de luto pelo falecido filhinho? Inclino-me a oferecer a palavra *não* como resposta à esta pergunta. Boas razões, ao que parece, movem meu juízo nesta direção. Uma delas consiste em que a “brevidade” ou “fugacidade” que teria caracterizado o intervalo de tempo transcorrido entre a morte do menino e a adoção do bebê “sobrevivente”, em nada lembra as cuidadosas observações clínicas de Sigmund Freud (1917) acerca do fenômeno do luto. Isto porque as pesquisas que este autor consagrou ao exame deste fenômeno, levaram-no a postular que o trabalho psíquico de retirada da libido – ou, se se quiser, de desinvestimento libidinal – do objeto que foi perdido, de um modo geral, só pode se consumir “...*pouco a pouco com grande dispêndio de tempo e de energia de investimento, e enquanto isso a existência do objeto perdido é psiquicamente prolongada...*” (Op.cit., p.132, grifo meu). E se é possível apreciarmos o luto – fazendo uso de uma metáfora musical – como um processo psíquico que se move, no decurso do tempo cronológico, menos sob a égide de um andamento como *allegro* ou *allegro ma non troppo*, do que talvez, conforme um *adagio doloroso*, esta modesta velocidade deixa-se explicar quando mantemos em mente a natureza, eu diria, altamente meticulosa deste trabalho psíquico: “...*Uma a uma, as lembranças e expectativas pelas quais a libido se ligava ao objeto são focalizadas e super-investidas e nelas se realiza o desligamento da libido...*”(Idem).

O outro motivo que me leva a pôr em dúvida a possibilidade de que os pais do paciente, à época de sua adoção, já houvessem, digamos, trilhado uma parcela significativa da vereda dolorosa do luto por seu filho – como vimos, morto a pouco –, me foi sugerido por Abigail. No âmbito de uma entrevista concedida em meio a pijamas e camisolas, esta viu despertar em sua memória uma lembrança em que Chocolate, infante angustiado, lhe dirigia insistentemente uma pergunta: “*Quando ele voltará?!*”. O “ele” contido nesta interrogação, esclareceu-me Abigail, consistia no filho que os pais do paciente haviam perdido. “*Acho que ele me fazia esta pergunta porque os pais eram, na época, espíritas e freqüentavam um centro*”, ponderou a entrevistada. Parece-me que a lembrança e a ponderação referidas, se abarcadas em conjunto, possibilitam que uma nova parcela da névoa que recobre a história do paciente, enfim, se dissipe. Permita-me compartilhar com você, caro leitor, o que tenho diante dos olhos.

O infante Chocolate experimentaria em seu íntimo a forte sensação de que o garotinho – conforme um dia lhe disseram, morto por uma meningite – *ainda existia, vivo, em algum lugar*. Quem sabe, mais exato seria dizer que foi dado ao paciente distinguir, por meio de *uma percepção bastante precisa* que, *no contexto do psiquismo de seus pais*, o garotinho prosseguia em vida. Deste modo, a pergunta “*quando ele voltará*”, aos meus ouvidos, soa algo “polifônica”, já que deixa consoar uma outra, segundo penso, mais significativa: “*quando ele irá embora?!*”.

Não poderia encerrar esta pequenina e despretensiosa tentativa de reconstituição da história de vida do paciente, guardando um completo silêncio acerca de algo que, não raras vezes, encontrei em prontuários hospitalares batizado como “história pregressa da moléstia atual”, isto é, algo

como a empresa de “biografar a moléstia dos enfermos”. Pois bem, em se tratando do presente caso clínico, o que sei a este respeito? Francamente, diria que *pouco* ou *muito pouco*. Abigail, por um lado, declara ter tido sob seus cuidados uma criança muitíssimo agitada, a cuja vida escolar não faltou uma notória turbulência – neste particular, encontrei em suas palavras o informe

segundo o qual o infante Chocolate chegou, até mesmo, a ser expulso de uma das escolas em que estudou, por ter agredido fisicamente a diretora do estabelecimento. Conegumes, por sua vez, comenta surpresa que o paciente, até o momento em que passa a receber tratamento no hospital-dia, jamais havia experimentado qualquer farmacoterapia ou tratamento em hospital psiquiátrico. Acrescentou a médica que, por anos a fio, a comprometida criança teria freqüentado, tão somente, o consultório de uma psicopedagoga.

Portanto, tomando por base os elementos mencionados acima, não parece disparatado supor que a infância do paciente tenha sido cenário da eclosão de uma contundente manifestação psicopatológica, apesar do fato de nos escapar a nitidez de seus contornos.

*

**

Reservei à terceira e última parte deste escrito um destino especialmente importante: com ela pretendo integrar ao caso clínico a narrativa do *tipo de trabalho* que fui levado a realizar junto a Chocolate. Francamente, preciso sublinhar que as intervenções que passo a descrever a seguir me pareceram, à época, algo “desviantes” do que eu entendia, ao menos num plano mais consciente, como o “ofício de acompanhar” (*de Deus, 2001*).

Entretanto, creio que o que pude experimentar em tais circunstâncias e, mesmo, ao longo dos anos subseqüentes – durante os quais o caso, de algum modo, prosseguiu existindo em mim – , produziu efeitos profundos em meu modo de pensar o *Acompanhamento Terapêutico* e, para além dele, o trabalho que um psicanalista pode empreender em situações clínicas similares.

Dentre as lembranças que conservo em minha memória, lembranças estas que me remetem aos momentos mais iniciais do tratamento, encontra-se uma particularmente interessante que, agora, gostaria de evocar. Trata-se do fato de que uma das coisas mais fundamentais que meus contratantes solicitavam que eu realizasse, naqueles tempos, junto ao paciente, parecia consistir em uma espécie de trabalho bastante singular: conduzir o jovem, “repleto de energia” como estava, à prática de atividades esportivas. À cidade de São Paulo não faltariam parques, clubes ou academias em que, efetivamente, fosse dada a Chocolate a providencial oportunidade de “descarregar”, ao menos, parte da sua “eletricidade”. Uma vez tendo sido levado a cabo este plano, acreditava-se, haveria alguma possibilidade do jovem enfermo alcançar um estado psíquico algo mais calmo ou tranqüilo.

De imediato, a referida proposta souou-me como um bom e razoável plano, seja porque a estratégia do “dispêndio energético” me parecia ser capaz de remediar, em alguma medida, o estado “elétrico” que assolava o rapaz, seja porque tal trabalho de inserção no universo esportivo, pensava eu, seria bastante apropriado a ser empreendido por um acompanhante terapêutico. Foi assim que agregando à análise pessoal, à supervisão e ao estudo teórico, um robusto tênis de cooper, lancei-me, então, ao trabalho de procurar fazer com que parte do interesse de Chocolate viesse a recair sobre algum esporte. Junto a ele fiz caminhadas, joguei futebol de salão, mergulhei na piscina do prédio

em que o mesmo residia e, também, cheguei a testemunhar a sua participação em uma animada partida de basquete ocorrida em uma quadra pública.

Bem, à medida que os dias foram se sucedendo observei que os encontros passavam a se dar, essencialmente, na casa de Chocolate. Esta circunstância, é certo, trouxe em seu bojo conseqüências nada suaves. Um motivo: se evocarmos aqui o panorama apresentado na “overture” deste caso, em que o estado do paciente surgiu como uma sorte de “agitação frenética”, concederemos com facilidade que à mencionada habitação, em cada um dos meus encontros com o rapaz, deve ter sido dada a oportunidade de exhibir a consistência e solidez de sua arquitetura. Tudo se passava como se o cinético Chocolate fizesse sua casa “ferver”, “amolecendo” suas paredes. A esta altura o leitor pode estar se perguntando o que, afinal, se passava comigo nestes animados encontros. Não há dúvida, trata-se de uma bela pergunta pois, ao procurar respondê-la, terei a ocasião de contar algo muito curioso e que nos será muito útil.

Um fenômeno que, a rigor, hoje aprecio como absolutamente desconcertante, tinha lugar naqueles tempos. *Eu não percebia que o trabalho com o paciente me deixava exausto.* Só muito gradualmente pude alcançar a experiência de sentir-me exaurido. E penso que a relativa lentidão deste processo estava longe de ser aleatória ou sem sentido, pois, em verdade, indo no encaicho de suas raízes mais profundas me deparei, num dado momento, com um aspecto medular da relação que eu e Chocolate havíamos edificado: o seu caráter, ao menos parcialmente, indiscriminado ou fusional. Em outras palavras creio que, se por um largo espaço de tempo não pude, no contexto específico do tratamento, acessar parte de minhas próprias sensações corporais – isto é, o agudo cansaço físico – , isto se deveu ao fato de que

compartilhávamos, eu e o paciente, uma pronunciada incapacidade de experimentar as sensações que povoavam nossos corpos. Digamos, é como se

elas não nos “chegassem”⁷. Contudo, uma pergunta aqui se impõe: como foi que cheguei à estas hipóteses de trabalho?

Certa tarde foi tornada significativa em virtude de um acontecimento que, posteriormente, discerni como decisivo para o tratamento. Não estou seguro de que este “acontecimento” teria sido, até então, inaudito. Entretanto, é certo que *para mim* ele o foi. De qualquer modo, naquela tarde singular, eu estava em condições de reconhecê-lo. Mas, afinal, em que consistiu? Ocorreu a Chocolate fazer uma *pausa*. *PAUSA*. Interrompendo subitamente seu fluxo habitual de busca por atividades, estirou-se no soalho de seu quarto. Fitava-me ofegante. Compreendi, então, que ele estava absolutamente exausto e que, em virtude disto, como que “tombara” sobre o solo doméstico. Encontrando-o neste novo estado de coisas, não tive dificuldade em dirigir ao paciente estas enfáticas palavras: “*Cara, você está muito, mas muito cansado! Também, você não pára nem um minuto sequer! Legal você deitar um pouco aí no chão para descansar!*”

A resposta de Chocolate à esta intervenção foi quase instantânea: ergueu-se rapidamente do solo, cerrou a janela de seu quarto e, em meio àquela súbita escuridão, convidou-me a dormir com ele em sua cama. Eis aí um episódio inusitado! Inusitado e, igualmente, bastante capaz de estimular-

⁷ Ensinou-me este caso que o animal humano, eventualmente e, num certo sentido, bem pode ser afigurado como uma sorte de “exilado” no que tange à própria carne.

me o pensamento. Por isto, antes de prosseguir com o relato, gostaria de fazer alguns apontamentos acerca deste episódio.

O que inicialmente desperta a minha curiosidade é o fato de que em Chocolate, uma vez feita a intervenção, parece florescer uma necessidade não exatamente de repousar mas, isto sim, de *dormir*. Desde uma perspectiva metapsicológica freudiana (1905, 1915), talvez poderíamos dizer que dentre as “pulsões de autoconservação”, naquele momento, ouviu-se o pulsar de uma imperiosa exigência que o corpo humano, quando vivo, exhibe: o adormecer. Examinando o ocorrido desde outra *posição* (Berlinck, 2000), uma *posição mitológica grega*, tudo se passou como se o alado, noturno e espectral *Morfeu* (Brandão, 1997; Commelin, 2000; Guimarães, 1972; Kury, 2003), pairando sobre Chocolate com sua papoula em mãos, houvesse delicadamente tocado sua fronte, lhe encomendando, com este gesto, um sono providencial.

Um outro aspecto curioso do mencionado episódio parece estar implicado na conduta do paciente. Penso que ao deitar-se em sua cama, após tanta agitação, ele se conduzia como quem tinha a possibilidade de estar em um contato mais íntimo com o próprio corpo. É como se Chocolate houvesse superado, em algum grau, o estado de *dissociação psique-soma* ou de *despersonalização* (Winnicott, 1945, 1970) que o acometia, podendo assentar-se melhor na própria carne. Por outro lado, é oportuno aqui acrescentar, como sugeri a pouco, que em decorrência da própria natureza fusional ou indiscriminada da relação que eu e o paciente parecemos edificar, um fenômeno semelhante ao que se deu ao jovem pode ter ocorrido a mim. Deste modo, somente na medida em que pude, com muito vagar, por assim dizer, “recuperar-me” ou “resgatar-me” deste maciço e contundente fenômeno que eu creio ter me assolado, durante um período de tempo nada desprezível, é

que a intervenção à qual aludi foi possível. Com efeito, a teci escorando-me em meu próprio esgotamento ou, em outras palavras, em minha própria corporeidade.

Por fim, resta ainda fazer cintilar um aspecto contido na intervenção que fiz. Penso que nas palavras que enderecei a Chocolate nada constava que,

a rigor, já não estivesse presente na situação clínica, fisionômica e mimicamente (*Jaspers, 1973*), quando do desfalecimento do jovem contra o chão de seu quarto. Com efeito, na própria plástica deste gesto dramático⁸, no seu modo de olhar-me, na opacidade de seus olhos, em sua respiração ofegante, dentre tantos outros elementos, o paciente parecia comunicar-me ou veicular o que, então, procurei transportar para o universo das palavras. A novidade para o contexto biográfico do rapaz, creio, consistiu em um outro humano, tornado significativo no contexto transferencial, ter dado ao mencionado “tombo” o estatuto de uma comunicação, tornando humanamente legítimo o que era experimentado por ele. Talvez, eu tenha operado junto a Chocolate à maneira de um espéculo (*Winnicott, 1971*), o que lhe teria aberto o acesso à possibilidade de se apropriar daquilo que vivia ao nível de sua própria corporeidade.

Prossigamos, agora, com o relato do “episódio inusitado” interrompido linhas atrás. Eu dizia que, em meio à escuridão recente que, de fato, inundara todo o quarto de Chocolate, recebi deste o convite de, dividindo a sua cama, adormecermos juntos. Muito surpreso com tudo aquilo, precisei de alguns segundos para oferecer uma resposta ao paciente. Após algumas ponderações silenciosas, propus a Chocolate que concordava com ele no

seguinte: era muito importante que ele tentasse dormir e que, também, eu estivesse presente durante esta tentativa. Entretanto, comentei que preferia que ele permanecesse em sua cama, enquanto eu poderia me deitar à margem desta, por sobre o fofo tapete que ali se estendia. Com o consentimento do jovem teve início, para mim, uma situação insólita e, mesmo, um pouco

cômica. Estendido ao longo do felpudo tapete, procurando permanecer o mais quieto que me era possível, entrevi na escuridão, muitas vezes, o alvoroçado rosto de Chocolate sobre mim. Um tanto inquieto, tamborilou na madeira de sua cama toda uma série de pagodes alegres. Mas, à cada pausa, confrontado com a minha quietude e serenidade e, além disto, com a sussurrada exortação que eu lhe fazia para tentar relaxar e repousar um pouco ⁹, Chocolate, gradualmente, rendeu-se ao sono. Pouco antes de dormir, pousou a sua mão sobre a minha.

Na semana seguinte, uma circunstância bastante similar a que acabo de redigir se deu, o mesmo se passando no encontro ulterior, e no ulterior. O rapaz parecia ter feito, ao menos, um par de grandes descobertas: a) dormir lhe era absolutamente necessário; b) podia usar-me para ingressar no estado do sono. Quanto a mim, descobri algo também: auxiliar Chocolate a adormecer e, para além disto, zelar pela continuidade de seu sono parecia, decididamente, um trabalho clínico de fundamental importância. Entretanto, como articular estas experiências ao pensamento de meus autores prediletos?

Leitor devotado da magistral obra que Sigmund Freud consagrou ao estudo dos sonhos (1900), pensei, então, que uma das dificuldades que o

⁸ Que, em alguma medida, parece aproximar-se do modo como Eurípedes introduz Hécuba, a desventurada rainha tebana, em sua sublime *As troianas* (Eurípedes, p.159-231, 1991): dobrada sobre si mesma, com a cabeça rente ao “chão duro”.

⁹ Em alguma medida, sentia-me como um “pequeno hipnotizador”.

paciente manifestava seria, justo, a de empreender o “trabalho do sono”. O passo seguinte consistiu em uma ponderação acerca da hipótese freudiana sobre a função maior dos sonhos: a julgar pelo que eu constatava, a turbulência habitual de Chocolate só podia dar lugar ao trabalho do sono em minha presença. Isto implicava que, em certa medida, naquela situação clínica singular, não parecia ser “o sonho o guardião do sono” do paciente mas, de algum modo, eu mesmo. O trabalho em que Nayra Ganhito (2001) apresenta a

idéia segundo a qual na vida anímica de uma criança pequena e, mesmo, de um tenro bebê, a mãe seria “a primeira guardiã do sono”, neste sentido, uma sorte de precursora e matriz dos sonhos, representou para mim uma leitura muito esclarecedora. No pensamento de Winnicott, por outro lado, tampouco à semelhante aspecto do cuidado materno parece ser negligenciado um papel essencial na constituição do sujeito. Conforme declara Gilberto Safra (2004) a este respeito, “...*não se dorme, senão, nos braços de alguém...*”. No que tange a mim, gostaria de evocar aqui, uma vez mais, a interessante figura da divindade grega *Morfeu*, pois me ocorre designar esta faceta do cuidado materno como “*Mãe-Morfeu*” ou, em uma condensação lúdica de ambas as palavras, “*M(orfeu)ãe*”.

Mas deixemos que Chocolate, por ora, permaneça adormecido. Talvez, mais adiante neste estudo, o despertemos por algum motivo.

*

* *

Capítulo 2:
A metamorfose de Tarsila Samsa

A metamorfose de Tarsila Samsa¹⁰

Pouco mais de dezesseis meses me separam do meu encontro primeiro com Tarsila. Na ocasião, esta havia completado vinte e um anos. Frequentava um hospital-dia de segunda à sexta-feira, do princípio da manhã ao término da tarde. Ao que me parece, todos os profissionais desta instituição, num uníssono vigoroso, aplicaram à Tarsila a palavra *psicose*, quando o assunto era diagnóstico. “*Caso difícil, muito difícil este!*”, disse-me um psicoterapeuta membro da equipe hospitalar, enrugando muitíssimo a própria testa enquanto falava, captando a sensível superfície do rosto a angústia que aquele caso fazia latejar. O fato é que pensei ver multiplicada esta, digamos, “plástica angustiante” no rosto das demais pessoas envolvidas – engolfadas? – no caso. Era-me solicitado participar do *Acompanhamento Terapêutico* de Tarsila que, de fato, já estava em andamento com uma profissional à aproximadamente um ano. Formaríamos, deste modo, uma “dupla” de acompanhantes terapêuticos –

¹⁰ Esta primeira sessão da presente narrativa clínica foi redigida a vários anos atrás, circunstância em que tanto a pesquisa como a prática clínica que eu levava a cabo versavam, basicamente, sobre o “Acompanhamento Terapêutico”. Os excertos seguintes, em contraste, foram escritos em um momento bem mais recente de meu percurso clínico-investigativo, fato que, penso, é importante que o leitor tome em consideração.

ocorrência comum, de modo geral, embora nem sempre objeto de uma escrupulosa meditação. Aqui, antes de mais nada, tenho o propósito de transpor em palavras o timbre eminentemente enigmático que este caso clínico tem para mim.

Tarsila, esta moça que procuro tratar ainda hoje, parece viver imersa num contínuo pesadelo, terrível e assombroso. Muito freqüentemente aos berros, proclama de modo incansável que *seu próprio corpo é deformado e monstruoso*. Afirma que não o suporta mais, que é “maldito” e que o odeia.

Mais precisamente, menciona que *a visão do mesmo lhe é abominável*. Nos instantes nos quais parece ser avassalada e esmagada por um desespero e uma agonia maior, esmurra com fúria a própria barriga que estaria, diz, “*fora do lugar*”.

Pensa também em cortá-la com auxílio de uma faca, afã que, felizmente, até o presente momento não se traduziu numa lamentável ocorrência. Quando tentou, num golpe único, por fim ao estado de coisas desesperador em que sobrevive, ingeriu medicamentos psiquiátricos às dezenas e foi, ulteriormente, levada às pressas ao hospital mais próximo. Veja o leitor: me parece importante fazer referência à *real obesidade da paciente* que, neste particular, a aproxima um bocado dos personagens corpulentos e coloridos que povoam as telas de Botero. Tarsila, em verdade, distribui noventa e dois quilos nos seus um metro e cinqüenta de estatura. Portanto, sua experiência do próprio corpo parece encontrar neste fato algo como um “ponto de escoramento”. Assim, para ela, sua obesidade é “mórbida”, seu problema, uma clara e inequívoca “deficiência física”. Mas o tempestuoso pesadelo e seus redemoinhos abissais, num vagaroso declínio, deu lugar a uma bonança de traços bem delineados. À medida que o tempo se transcorreu, tenho a

percepção de que Tarsila pôde alcançar uma espécie de equilíbrio psíquico, inaudito, até então.

Nos últimos oito meses, aproximadamente, o antigo desespero agônico frente à monstruosidade do corpo próprio tornou-se não só infrequente mas, sobretudo, muito raro. Em seu lugar, constata-se algo como um desgosto ou incômodo contínuo imantado às queixas habituais. De modo concomitante, tem-se a forte impressão de que Tarsila põe em rotação,

paulatinamente, o “monjolo” – outrora como que paralisado ou desativado – de seu pensamento. É tempo de elaborar.

Dentre tudo o que de crucial pôde ser formulado neste contexto, não tenho como omitir a pergunta que Tarsila passou a me/se endereçar: “*O que aconteceu comigo?*”. Foi muito surpreendente ouvir desta que, no seu entender, era enigmático, absolutamente incompreensível o *fato* de seu corpo, outrora “perfeito”, “saudável” – segundo se exprimia – , ter experimentado a gritante e estrondosa deformação que agora assistia perplexa. O derradeiro quadrimestre do ano de 1999 trouxe consigo a aludida desgraça: engordou trinta quilos. Segundo seus pais, isto se deu pela mais clara “falta de força de vontade” da filha que, ignorando obstinadamente o coro das exortações dos mesmos e também do treinador – mais adiante, saberemos algo acerca deste “treinador” – , comera compulsivamente “porcarias”. Acrescentam ainda que, na época, Tarsila estaria almejando com este comer desenfreado obter uma barriga semelhante à de uma vizinha, colega sua, que engravidara, despertando na paciente, com isto, não só *inveja* mas, igualmente, *ciúmes* – “*ela me trocou por outra pessoa*” seria a queixa recorrente na ocasião, segundo seus pais. Mas, esta cantilena parental não parece fazer qualquer

sentido para Tarsila. Para ela, é tão certo que aconteceu “alguma coisa”, como também que o que teve lugar foi uma “*outra coisa*”.

Mas, o que teria se passado? Tarsila forjou e dirige a si mesma uma indagação muito semelhante à de Gregor Samsa, protagonista da obra *A Metamorfose* de Franz Kafka, ao constatar a sua insólita transformação em inseto: “...*Quando certa manhã Gregor Samsa acordou de sonhos intranqüilos, encontrou-se em sua cama metamorfoseado num inseto monstruoso. Estava deitado sobre suas costas duras como couraça e, ao levantar um pouco a cabeça, viu seu ventre abaulado, marrom, dividido por nervuras arqueadas, no topo do qual a coberta, prestes a deslizar de vez, ainda mal se sustinha. Suas numerosas pernas, lastimavelmente finas em comparação com o volume do resto do corpo, tremulavam desamparadas diante dos seus olhos.*

– *O que aconteceu comigo? – pensou. ...*” (Kafka, 2003, p.7).

Tarsila Samsa – chamemo-la assim de agora em diante.

É preciso que se diga que senhorita Samsa não se contentou, de modo algum, ao trabalho esfíngico de entalhar enigmas. Arriscou ofertar respostas a cada um deles. Eis aqui duas delas, destinadas a solucionar a problemática ocorrência da “barriga fora do lugar”: “*acho que estou grávida. Mas, como isto é possível?! Sou virgem!*”; “*algum órgão interno do meu corpo deve estar inchado, inflamado, doente. Sei lá!*”.

Um outro fenômeno muito curioso que teve lugar na vida anímica de Tarsila parece exigir, aqui, destacada menção. Desde um ponto de vista “temporal”, diria que ele jamais coexistiu com o “desespero agônico” frente ao próprio corpo quando em seu paroxismo. Dito de outro modo, examinar em

minúcia o que parece consistir na *evolução do caso*, equivaleria a constatar que ambos fenômenos se alternam ou se substituem ao longo do tempo.

E, afinal, que “outro fenômeno” é este? Bem, quando em “bonança”, Tarsila mostra-se não raras vezes como que consumida pela paixão de *contemplar corpos humanos despedaçados, destroçados*¹¹. Já em nosso segundo encontro, sentado no sofá da sala de estar de sua casa, tive no colo um álbum de fotografias por demais tenebroso: tendo em seu *curriculum* a passagem inconclusa por um *curso de socorrista do corpo de bombeiros*, a

paciente conseguiu com seu “professor-bombeiro” um álbum composto pelo registro fotográfico dos mais variados acidentes ocorridos em estradas, ribanceiras de serra, etc... O que se vê nesta coletânea, é certo, despertará náusea e repugnância em mais de um. E foi preciso determinação da vontade, quase à moda de um “ato de bravura”, para prosseguir folheando tal álbum – já disposto então, cada vez mais, na extremidade dos joelhos – , povoado como é de partículas de cérebro espalhadas pelo asfalto precário de uma rodovia, tendo atrás de si o “crânio natal” de onde emanou, esfacelado em flor; ou pernas e braços ladeando, à metros de distância, o tronco imensamente ensangüentado do qual outrora eram a natural extensão. Desnecessário demorar-me na narrativa do horroroso conteúdo que este álbum encerra, este álbum que aprendi a reconhecer como uma sorte de *apêndice concreto de uma parcela importante da vida psíquica de Tarsila*.

Um certo programa de televisão, que vai ao ar diariamente, cintila para a paciente como o seu favorito. Ora, não poderia se dar algo diverso: neste programa, o telespectador é convidado a tripular um veloz helicóptero

¹¹ Mais adiante, retornarei a este fenômeno quando da apresentação de uma certa “hipótese”.

que sobrevoa a cidade de São Paulo à caça de atrocidades, dos crimes mais bárbaros e, de *acidentes variados*.

A cada dia, contudo, Tarsila se impacienta com ferocidade e indignação diante do aparelho de T.V. pois, de modo sistemático, a produção do programa parece render obediência à uma suposta exigência da emissora no sentido de censurar, omitir as cenas mais “fortes”. Assim sendo, quando na tela um cadáver é ocultado sob o manto de um amplo plástico negro, nossa telespectadora, entre xingamentos e imprecações, gritará assim: “*Quero ver tripa!! TRIPA!! (e, deixando a voz algo gutural, prosseguirá) TRIPA, TRIPA, TRIPA, TRIPA!!*”

Tarsila Samsa discursa acerca de uma jovem encarcerada num corpo monstrengo. Envolve esta carne lastimável alguma “couraça”, como aquela de Gregor? Não, não é o caso. Orla e oculta as trevas insondáveis deste organismo uma pele que coça sem cessar, eternamente¹². Consta que este fenômeno é quase tão velho quanto a própria Tarsila. Já aos três anos de idade os dedinhos das mãos principiaram o ofício de coçar. *Alergia*. Sim, era preciso compreender a ocorrência nestes termos, concordavam os pais e os inumeráveis especialistas consultados. Mas... mas *alergia ao quê ?!* Isto, prezado leitor, jamais foi elucidado até os nossos dias, permanecendo a causação sob espesso véu. E a pele de senhorita Samsa? Como fica esta pele? Bem, basta o informe: os dedinhos de menina alongaram-se deveras com o correr dos anos, e também as unhas; em circunstâncias nas quais o desespero e o ódio tombam, agudos, por sobre o próprio corpo, as mãos de Tarsila são animadas de um modo tal, que passam a operar como garras de um animal

feroz. A roupa de sua cama, então, sorve porções de sangue. E difícil é, então, enumerar as rubras feridas abertas desta carne tornada objeto de massacre. E foi com espanto que percebi, uma vez, o quanto aqueles membros repletos de feridas a sangrar ou cicatrizadas, insolitamente, podiam figurar nas páginas de seu querido álbum de fotografias.

Passarei a tratar, agora, de um outro aspecto bastante interessante deste caso clínico. Caro leitor, devo dizer que esta moça é uma *acrobata*. Sim, digo isto de um modo *literal e não-metafórico*. Ao longo do processo clínico este aspecto da história da paciente surgiu mais e mais, ao ponto de ter ganho

a dimensão de *um projeto* ao qual eu e Tarsila, semana após semana, nos esforçamos em criar e sustentar.

Ao que parece, a ginástica e Tarsila se encontraram pela primeira vez há muito, tendo na infância desta o seu cenário. Certa vez, contou-me a mãe da paciente que já aos cinco anos de idade sua filha passou a freqüentar aulas de ginástica olímpica. A ulterior adolescência parece ter trazido consigo o ingresso de Tarsila em outro universo “esportivo-artístico”, o da *ginástica acrobática*, em substituição àquele. O leitor compreenderá fácil e instantaneamente que minha radical ignorância neste âmbito da cultura resultará, forçosamente, numa precária descrição da diferença existente entre as duas modalidades de ginástica que habitam a história desta moça.

Da *ginástica acrobática*, sei que: parece mais freqüentemente – quiçá, *essencialmente* – , consistir num esporte coletivo, praticado em equipe; possuiria estreito enlace com a arte acrobática que, não sem assombro, assiste-

¹² Vê-se que, possível ou provavelmente, não seja dado à Psicopatologia se furtar à, mesmo que de um modo involuntário, empalidecer infaustos destinos de protagonistas de mitos e de tragédias gregas, como é o caso de

se nos circos, quer evoquemos o trapézio, quer a prática do contorcionismo; encontramos-la entre os esportes olímpicos; cultivada em muitas nações, deve à tradição russa uma parte significativa das suas realizações mais espetaculares – diga-se de passagem, de um *métier*, em si mesmo, já espetacular. Isto consiste em tudo o que, até aqui, pude inferir de minhas conversações com Tarsila e seu treinador, e também de minha experiência como observador a cada treino.

Recordo duos, trios, quartetos, octotetos formados por atletas infantis e púberes. Recordo pirâmides humanas, mais ou menos cambaleantes, que se montavam e desmontavam ao longo de míseros períodos de poucos segundos. Recordo a face assustada, pálida e lacrimajante de uma japonesinha

de dez anos que, tendo executado um malogrado salto mortal, foi salva do pior pelo mecanismo de segurança instalado, com firmeza aparente, no teto do ginásio, feito ele mesmo de cordas, de tiras de couro e, quem sabe, de preces. A cada semana, sobre um amplo piso de tatames azuis, vejo Franco, o treinador, oscilar entre o austero e o amoroso “pai” frente à uma quinzena de jovens atletas, o que não surpreende, inclinadas mais à diversão e ao brincar, do que à apregoada disciplina. Garotas, em sua grande maioria, nenhuma delas aparentando menos que nove ou mais que dezenove anos de idade, exibem corpos aparentados com aqueles das esguias bailarinas eternizadas no bronze por Degas.

Pois bem. Uma vez tendo como que “desenhado em pastel” o cenário, prestamente, à moda de uma evocação colorida, passemos neste instante à narrativa do que sinto como a entrada de Tarsila aí, neste ginásio de acrobatas.

Prometeu e seu fígado ou, multiplicar indefinidamente o conceito de *inferno*.

Esta “entrada” pareceu-me mais uma gradual e paulatina *passagem* ou *processo*. O que, à primeira vista e exteriormente, facilmente se teria como um “micro-gesto”, em verdade, desde a experiência da paciente, consistia num grande ato de ousadia, num “salto mortal”, pois, sobretudo à princípio, pareciam haver variados e agudos perigos na situação mencionada. Quando ouvia Tarsila falar sobre o assunto, tinha a forte impressão de que um retorno aos treinos na ginástica acrobática, a rigor, se configurava como uma empresa impossível, dada a somatória de obstáculos insuportáveis que se espalhavam na extensão do caminho que conduzia à realização efetiva da idéia.

É como se, por sob tatames sortidos, se encontrassem “minas” potentes que, ao mínimo toque, explodiriam, despedaçando o corpo de Tarsila. Observar as “criações de Degas” ou, por outro lado, ter sobre si o olhar das mesmas, parecia ser experimentado como algo de uma periculosidade radical. Mas a realização deste projeto está sendo possível, afortunadamente.

*

* *

O nascimento de um “lugarzinho” e de outros aspectos: de quando a moldura de um quadro parece tão ou mais preciosa que a própria tela

Tarsila me fez compreender, ao longo destes anos de tratamento, que este só parece possível na medida em que “algo” foi se edificando, foi sendo como que “montado”, cobrando, com o passar dos dias, crescente

consistência. O que seria mais exatamente, pois, esta “edificação”, “montagem” ou “constructo”? O que tenho em mente ao mencionar tais palavras seriam os elementos que, a cada encontro, a rigor, parecem comparecer. Os elementos que, ao menos em aparência, surgem à minha observação não apenas como “freqüentes” mas, isto sim, como *invariantes* ou *onipresentes*. Por outro lado, é preciso por reparo à curiosa conduta da paciente em relação a cada um destes aspectos que se repetem: apresenta-se como uma sorte de “guardiã” dos mesmos, zelando, do modo mais escrupuloso, pela sua manutenção ao longo do tempo. Finalmente, vem complementar este panorama uma terceira observação clínica: quando, em circunstâncias infelizes, um ou outro destes invariantes não puderam estar presentes, diria, me servindo de uma expressão contundente e providencial, que Tarsila “foi convertida em angústia”.

A julgar por mim mesmo creio que o leitor, após ter travado um contato inicial com o que foi comunicado mais acima, pode estar às voltas com a seguinte pergunta: *como conceber o modo pelo qual Tarsila experimenta tais invariantes?* Ou, formulando o mesmo questionamento em outras palavras: *qual papel ou função atribuir a tais aspectos onipresentes, no âmbito do trabalho clínico com Tarsila?* Inclinado sobre o material disponível sou levado a admitir que, de um modo seguro e rigoroso, algo já pode ser declarado sobre os aspectos em exame: *a paciente os tem como fundamentais ou cruciais para o seu tratamento; assim sendo, no contexto clínico, não pode existir Tarsila sem os mesmos.*

Após ter explanado estas considerações, gostaria de trazer para as páginas deste trabalho algumas das vivências em que se arraigam tais

pensamentos. Com isto, creio eu, o que foi comunicado mais acima poderá cobrar, para o leitor, certa inteligibilidade. Vejamos se isto se opera.

Sucessivas experiências me conduziram à convicção segundo a qual, até o presente momento, *não há qualquer possibilidade do tratamento de Tarsila Samsa se dar em meu consultório*. Em outras palavras, este não tem podido ser o *locus* para esta *terapia* (Berlinck, 2000). Com o propósito de banhar com alguma luz esta, como logo se verá, localidade *sui generis*, passo a descrever, primeiramente, uma regularíssima seqüência de eventos.

Em duas ocasiões a cada semana, a fim de que o trabalho clínico ocorra, parece ser absolutamente necessário que eu vá encontra-la – ou, quem sabe, melhor seria dizer “resgata-la” – no seio de sua casa e de sua família. Uma vez lá, parece igualmente imprescindível que possamos permanecer em companhia de seus pais, ao menos, ao longo de uma conturbada hora em que pai, mãe e filha – ou, quem sabe, melhor seria dizer “pai-mãe-filha”, em

virtude do assombroso estado de indiscriminação que parece consumi-los – pelem entre si com grande ânimo. Somente após a forçosa travessia deste exaustivo prelúdio – que, de fato, à parte de poder ser remetido ao mencionado estado de indiferenciação, parece entranhar outro importante sentido: Tarsila disse-me que espera que eu possa, em tais momentos, realizar um *“tipo de terapia com seus pais”*, o que, por minha parte, num certo sentido, procuro levar a cabo em encontros especialmente consagrados a trabalhar com eles – é que a paciente, então, solicita que seu pai nos leve ao lugar aonde, finalmente, podemos estar sem a presença de familiar algum: um vasto supermercado. Fato que pode desconcertar mais de um, foi na interioridade deste imenso estabelecimento que, por assim dizer, uma espécie de “consultório” parece ter sido edificado.

Para fornecer o preciso contorno do espaço, digamos, “concreto” ou “material” de que eu e Tarsila nos servimos para realizar nosso trabalho clínico, utilizarei um tipo de aproximação cada vez maior de nosso aludido *lócus*, partindo da referência espacial mais abrangente em direção à mais restrita, como sucede se denominar de “zoom” em alguns brinquedos infantis: um grande supermercado; a “praça de alimentação” deste comércio; um determinado “fast food” desta praça; uma dada mesa deste “fast food”; cadeiras singulares desta mesa. Eis aí o que Tarsila, mais recentemente, veio a chamar de “seu lugarzinho” ou, mesmo, de “nosso lugarzinho”. Acomodados nestas cadeiras, reunidos em torno desta mesa, por fim, torna-se possível a mim e a paciente estarmos de um outro modo. Por vezes, esta nova situação possibilita que a própria Tarsila procure examinar as diversas problemáticas que experimenta.

Tendo dedicado algumas palavras à dimensão “espacial” das invariantes que parecem compor os encontros clínicos, gostaria de passar, neste ponto, à consideração de um outro destes aspectos. Ocorre que para Tarsila é muito importante que, uma vez acomodados, comecemos a comer e a beber algo. Não basta que apenas ela, por exemplo, deguste um belo pastel. A situação é tal que se configura como absolutamente necessário, premente, que também eu deguste algo – se não um pastel, à sua semelhança, quem sabe um sanduíche. É como se ela, no âmbito transferencial, necessitasse me experimentar como uma espécie de continuidade de si mesma. Por este motivo, habita-me a mais forte sensação de que seria insuportável à Tarsila, disruptivo mesmo, o expediente técnico de me conduzir, no contexto destes “jantares”, como um “OUTRO”, isto é, como um ser efetivamente distinto

dela mesma. Sempre e sempre, portanto, temos trabalhado em meio a guloseimas.

Acrescentaria ao que vem sendo dito uma outra descoberta que fiz, um vislumbre que, sublinho, muito me surpreendeu: a minha própria corporeidade reivindica um lugar entre tais invariantes. Para ser mais preciso, parece ser um aspecto particular de minha corporeidade que cintila diante da paciente: o peso do meu corpo. Pois não é um fato que, em cada um dos nossos encontros, antes de nos dirigirmos para o nosso “lugarzinho”, visitamos uma farmácia na qual, então, sou pesado pela paciente? É claro em minha memória o quão perturbador resultou a Tarsila constatar, certa vez, que eu havia perdido alguns quilos. Esta constatação tornou-se, de imediato, um assunto da maior relevância naquele e, também, em ulteriores encontros. Segundo pude compreender, tal emagrecimento tinha o sentido para a paciente de que eu a

estaria “discriminando”, comunicando para ela que me seria repulsivo a idéia de vir a compartilhar com ela, por assim dizer, uma condição obesa.

Por fim, e de um modo bastante sucinto, pontuarei que a dimensão da temporalidade também não deixa de desempenhar um destacado papel no assunto em exame. A temporalidade à qual estou fazendo referência, aqui, consiste no seguinte: a duração dos encontros. Talvez o leitor, a esta altura deste escrito, não se surpreenderá se eu declarar algo assim: *“a duração dos encontros, assim o exige Tarsila, tem de ser sempre a mesma: quatro horas de duração”*.

Pronto. Sem nenhum afã de esgotar o assunto, isto é, não alimentando em mim mesmo qualquer intuito – que poderia ser qualificado, perfeitamente, como uma sorte de ingenuidade, de desvario ou de pretensão – de captar a

totalidade das “invariantes necessárias” que comporiam, na altamente complexa e inabarcável realidade, o tratamento que estou a examinar, limitei-me a por em relevo quatro facetas da mesma. Elas deverão me bastar para, mais adiante neste estudo, pensar com alguma vivacidade e ponderado rigor uma parcela do assunto maior do mesmo.

Antes de mais nada, preciso dizer que todo este trajeto me conduz ao reconhecimento de que as regularidades elencadas anteriormente, em conjunto com várias outras – algumas conhecidas, muitas desconhecidas por mim – , parecem compor uma espécie de situação estável absolutamente necessária à paciente sobre a qual, é provável, repousa todo o trabalho clínico que me está sendo possível realizar com Tarsila – uma impressão que tive, pontuarei de passagem, não apenas neste caso clínico mas, igualmente, em vários outros que lhe seriam assemelhados. Deste modo, penso que tal “situação”, apesar de tudo o que de “inusitado” e de “não-tradicional” que entranha, reclama ser considerada por mim como *clínica*. Em verdade, parece-me que um passo adiante nesta direção pode ser dado, um passo, talvez, algo “mais arrojado”.

Vislumbrando o assunto em companhia de Donald Winnicott (1954), creio que tal “situação clínica” consiste, verdadeiramente, em um *setting clínico*, setting que estaria proporcionando à Tarsila, por suposto, uma experiência de que ela necessitaria desesperadamente: por meio da continuidade dos cuidados ministrados, alcançar *uma experiência de continuidade de ser – no sentido de existir*. Esta não é a circunstância em que pretendo desdobrar esta afirmação. Mais adiante, no presente estudo, este trabalho será levado a cabo.

Para finalizar esta sessão, gostaria de sublinhar o quanto para mim, ao longo de minha trajetória profissional e de formação como clínico, foi uma

verdadeira surpresa poder atribuir este significado ao, digamos, “fenômeno das invariantes”. Comecei a trabalhar na qualidade de acompanhante terapêutico e, como tal, buscava como que “ofertar a cidade ao paciente”. Contudo, vezes sem conta observei que a reação dos pacientes ao meu animado convite não era a que eu esperava, a que me deixaria feliz. Ao invés de, em minha companhia, “ganharem a cidade”, edificavam “nichos” nos quais nossos encontros, necessariamente, passavam a se dar. À época, isto me soava como uma robusta estagnação do processo de Acompanhamento Terapêutico. Um obstáculo que deveria ser “combatido” e, se possível, “vencido”. Nos dias de hoje, trabalhando como psicanalista, continuo a crer que pacientes como Tarsila Samsa parecem buscar nichos para si. Contudo, vim a descobrir o precioso sentido que jaz na etimologia desta palavra: “*nicho*”, remete a *ninho* ou a *fazer seu ninho* (Houaiss, 2001, p.2016).

*

* *

Alguns aspectos do que seria, por suposto, uma “organização defensiva”: “voyerismo macabro”, “alergia selvagem” e “cuidados a um corpo deplorável”

Os primórdios do tratamento de Tarsila Samsa foram particularmente infestados por momentos nos quais a jovem era como que atravessada por um impressionante desespero. Nessas circunstâncias dramáticas, aos berros, dizia que havia “explodido”. Ignoro a quantidade de vezes em que testemunhei, entre assustado e impotente, este atroz padecimento de minha paciente.

Afetado pela situação, eu ponderava: era como se uma catástrofe estivesse tendo lugar no íntimo de Tarsila. Entretanto, à parte esta idéia, me circundava o entendimento espessa escuridão.

Ulteriormente, pude perceber que em momentos mais tranqüilos a paciente expressava, vez ou outra, em comentários fugazes, um singular temor que a habitava: o de ser atropelada, por exemplo, por um caminhão, e assim, por conseqüência, ter o corpo feito em pedaços. Este novo aspecto do material clínico pareceu-me extremamente instigante. A partir dele, forjei a seguinte hipótese: quando Tarsila mencionava que havia “explodido”, estaria ela, no registro de sua experiência, sendo violentamente atravessada não pelo *medo*, mas pelo *terror* de estar sendo despedaçada corporalmente, feita em pedaços e, portanto – como dizia – , tendo sua vida seriamente sob ameaça?

Atualmente, esta hipótese me parece bastante razoável e convincente. Não parece tratar-se de uma espécie qualquer de sofrimento. Pelo contrário, creio que estamos às voltas com um tipo de *pathos* altamente específico, a saber, aquele que versa sobre quando o homem se defronta, do modo mais vivo que se possa conceber, com a ameaça de ser cabalmente aniquilado ou extinguido; quando sua própria existência está posta como que em um “cheque mate”; quando a dilaceração do “si mesmo” faz abrir uma fenda abissal que promete tragar o sofredor em uma queda da experiência de “ser” para o “não-ser”.

O “registro pathico” que se nos defronta, aqui, não me parece ser aquele desvelado, de modo magistral, por Sigmund Freud, quando de sua investigação das histerias e das neuroses obsessivas. Pois este âmbito psicopatológico – o das assim chamadas *neuroses de transferência* – seria regido, essencialmente, pela *angústia de castração*. Tarsila, em contrapartida,

mais parece padecer das atrozes *agonias primitivas* ou *impensáveis* descritas por Donald W. Winnicott (1963) em seu trabalho *O medo do colapso (breakdown)*. Desde a perspectiva deste autor, trata-se de um sofrimento distintivo das situações clínicas de natureza psicótica.

Mas, voltemos ao caso de Tarsila. Como disse, por demasiadas ocasiões tive a oportunidade de assombrar-me diante de seu tenebroso sofrimento. Pois bem. Ocorreu que com o passar do tempo, gradualmente, as suas “bonanças” se converteram para mim em fenômenos tão enigmáticos como as próprias “tempestades”. Me era vedado compreender como Tarsila lograva alcançar, digamos, um estado anímico em que aquele desespero não se fazia presente. De que “artifícios” ou “artimanhas” se serviria esta moça? Que “acrobacia d’alma” executava para poder voltar a sorrir?

Tomando como “rosa dos ventos” a idéia freudiana (1894) segundo a qual os diversos quadros psicopatológicos consistiriam, de fato, em modalidades de defesa contra conteúdos anímicos intoleráveis à consciência, procurei manter em mente outras dimensões do multifacetado e abundante material clínico de que dispunha. A atenção tinha de “flutuar” ao longo destas outras dimensões. Procedendo assim, mais e mais me surgiu como plausível a concepção de que, durante as “bonanças”, estaria em vigor não apenas uma tentativa de defesa isolada mas, isto sim, um conjunto de defesas. Em outras palavras, eu estaria diante de uma *organização defensiva contra agonias primitivas* (Winnicott, 1963). Daí o seu relativo êxito em afastar o desesperador despedaçamento, o risco de aniquilação. Logrei discernir três fenômenos que, possivelmente, poderiam desempenhar algum papel neste expediente defensivo. Tentarei traçar, a seguir, o esboço de cada um deles.

“Salta aos olhos” o agudo interesse de Tarsila Samsa por imagens nas quais o corpo humano comparece completa ou parcialmente despedaçado. O antigo álbum de fotografias já me chamara muitíssimo a atenção sobre este fato. Depois que a paciente o destruiu em uma de suas crises, ele parece ter sido substituído pela “navegação” por recônditos tenebrosos da Internet¹³.

Na verdade, uma observação mais cuidadosa não parece revelar, exatamente, o “interesse” de tal “navegadora” pelas referidas imagens. Pois é inegável o grande prazer, a intensa excitação que Tarsila obtém ao ver, contemplar, observar o corpo humano feito em pedaços. Pensando tal material desde a perspectiva das pesquisas de Freud (1905, 1915) sobre a sexualidade humana, se nos confrontaria, em Tarsila Samsa, um curioso e inquietante *voyerismo*. Por assim dizer, um *voyerismo macabro*. E se neste momento nos indagarmos acerca de sua possível função defensiva? Ao que chegaríamos? Suponho que com este *voyerismo macabro* a paciente consegue manter, em alguma medida, a experiência de despedaçamento corporal apartada de si mesma. Com efeito, tal mutilação parece situada para fora de Tarsila, em outros corpos que não o seu. “*Eu sou aquela que dispõe de um corpo monstruoso e deformado mas, ainda assim, de um corpo inteiro*”, parece ser o que estaria implícito em sua conduta psíquica. Em seguida, diria que outro aspecto desta “acrobacia” da paciente consiste em ter como que “erotizado” ou “sexualizado” a imagem do corpo humano destroçado. Fazendo uso de

¹³ Isto é, em sites em que fotos de grandes acidentes estão disponíveis. Nele pode ver-se, por exemplo, o que ocorreu com os trabalhadores de uma obra quando, subitamente, arrojou-se sobre seus corpos um imenso e maciço obelisco ou, também, o que restou dos participantes de um massacre em um presídio.

conceitos e de termos freudianos, é como se tal imagem, no âmbito da vida anímica de Tarsila, houvesse sido convertida em *um objeto sexual de pulsões escopofílicas*. Deste modo, o que “em tempestade” pode aniquilar, “em bonança” satisfaz.

Como outra possível faceta da organização defensiva de Tarsila, mencionaria a terrível alergia que se apodera de sua pele continuamente. Quando tal alergia – enigmática para todos os especialistas consultados – chega ao seu paroxismo, a jovem tem tantas cicatrizes e feridas em seus braços e pernas que, talvez, um observador desavisado poderia supor que ela teria sido atacada por um animal feroz. Mas tanto os muitos ferimentos como, igualmente, a irresistível coceira que emana de vastas porções de sua pele, parecem servir para, continuamente, propiciar à paciente alguma experiência de possuir um corpo.

Por fim, apresentarei agora um terceiro fenômeno: Tarsila, dia após dia, cuida de seu corpo como comumente vê-se as mães cuidarem do corpo de seus bebês. Seu armário é repleto de produtos farmacêuticos, tais como: delicados cremes, algodões coloridos, frascos de talcos cheirosos em cuja embalagem se divertem vários ursinhos serelepes, sabonetes suaves, entre outros. A julgar pelas palavras da própria paciente, com o auxílio destes produtos seu corpo hediondo torna-se “menos insuportável” ou, às vezes, “um pouco melhor”.

*

* *

Capítulo 3:

Pamina e seu analista nazista

Palavras Introdutórias

A certidão de nascimento de Pamina declara que ela completou, a pouco, trinta e um aniversários. Entretanto, em mais de uma ocasião a paciente sente-se como “*uma criança de dois anos de idade*” ou, em outros momentos, suspeita que aquele enigmático incômodo que sente em torno de seu pescoço, como se estivesse sendo enforcada, se deveria a um cordão umbilical a enlaça-la. Pelo depoimento de seus pais e, também, pelo que se lê em certo prontuário hospitalar, parece ter sido uma menina “sã” até os seus

treze anos. Nesta idade, desgraçadamente, acometeu-a de modo fulminante um surto de natureza psicótica. Um celebrado psiquiatra de nosso país, após examina-la, aplicou-lhe o diagnóstico de *esquizofrenia* o qual, desde então, parece ter sido mantido por todos os médicos consultados ulteriormente. No que se refere ao seu trajeto por instituições de saúde mental, é certo que nos últimos anos freqüentou, ao menos, dois hospitais-dia, tendo permanecido em cada um deles, entre ingressos, abandonos e retornos, aproximadamente, um quarteto de anos. Tampouco lhe faltou a experiência de ser internada em hospitais psiquiátricos. Muito embora não me seja dado precisar, ao certo, o aspecto quantitativo deste ponto, segundo o levantamento que fiz, há a possibilidade de que Pamina tenha sofrido, quem sabe, em torno de uma dezena destas internações. A última delas, que se deu no âmbito do primeiro ano em que passei a trata-la, se estendeu ao longo de um período de quatro meses. Em algum momento da história de seus tratamentos, sei que foi recebida por um psicanalista em seu consultório, mas devo dizer que esta é uma passagem de sua vida que ainda me resulta obscura. É a primeira

filha de seus pais – antecedeu-lhe um irmão e, quando ainda era pequena, veio a ter uma irmãzinha – , em companhia dos quais, atualmente, reside.

Aceitei o desafio de toma-la em tratamento a alguns anos.

*

* *

Em busca de um espaço para clinicar

Um aspecto do tratamento de Pamina sobre o qual quero me debruçar neste estudo, diz respeito ao assunto “lugar”. Isto é, estou me indagando se haveria ou não, neste tratamento, um ou mais lugares “concretos” no espaço os quais nos serviria, suficientemente bem, ao propósito de realizarmos o nosso trabalho clínico. Eis aí um assunto interessante. Ao ensaiar uma resposta à tal questão, algo me ocorre de imediato: sim, parece haver um “lugar concreto” que, mais comumente, acolhe as nossas sessões em seu interior, a saber, a casa em que reside a paciente. Olhando mais de perto este ponto, sou levado a elencar o que me parece ser os seus componentes principais: o quarto da paciente; a sala “de estar” da casa. Acrescentaria a observação de que o jardim interno e a cozinha da residência, eventualmente, também podem nos servir de espaço. E no que tange ao mundo situado para além dos muros que delimitam a casa de Pamina, sim, vez ou outra visitamos algum sítio seu. Isto oscila durante o curso dos dias. Em geral, a paciente declara que São Paulo lhe inspira muito medo e que, por esta razão, prefere permanecer no interior de sua residência. As pessoas são más, muito más. Não só São Paulo, mas, isto sim, o mundo todo é muito ameaçador. Entretanto, há uma praça em que Pamina sente-se bem, lugar ao qual freqüentemente nos dirigimos. Ocorre que a paciente, em sua infância, era conduzida por sua mãe a este lugar. É um local agradável, repleto de árvores, arvoredos, bancos de cimento sobre os quais pode-se repousar e, sobretudo, enriquecido por um generoso “playground”. No horário em que episodicamente o visitamos, se nos apresenta como uma sorte de parquinho vazio, desprovido de crianças. Pamina, então, esforça-se por se alojar na estreita cadeirinha de uma gangorra que, claro está, com muito custo sustenta o seu balançar. Nestes momentos, sou levado a mirar este brinquedo com compaixão.

Mas, deixemos este parque e seus brinquedos à disposição de outras crianças, voltando nossa atenção à casa de Pamina.

Creio que o maior mérito que pode ser atribuído ao mencionado espaço – a casa da paciente –, consiste em ter proporcionado a possibilidade de que, verdadeiramente, algum trabalho clínico pudesse ser iniciado e, ao longo do tempo, mantido. Contudo, não me escapam algumas complicações que resultam do seu emprego com esta finalidade terapêutica. Uma das mais truculentas e expressivas parece consistir na presença da mãe na casa, durante as sessões. Repetidas vezes, sempre a alegar propósitos benévolos, esta “mama” introduziu-se repentinamente no local em que estava cobrando vida um delicado trabalho clínico. Como padecia este trabalho com tais intrusões! O que se dava nestas circunstâncias era tão digno de lamento, triste, irritante e, mesmo, desanimador, que trazia-me à memória a pontuação que, num inspirado artigo (1933), redigiu Sándor Ferenczi, a saber, que uma sessão pode, eventualmente, “degenerar-se em uma crise” – apesar do fato de eu *não* pensar que, em tais ocasiões, me encontrava diante de um caso de histeria, nem, tampouco, frente à uma “crise de angústia histérica”; vale sublinhar também, por outro lado, que eu *não* concebia o trabalho clínico que ia conduzindo como uma “análise”, no sentido que parece ser aplicado à esta palavra no escrito evocado.

Mas com esta associação *não* estou insinuando que, no meu entender, a rigor, a paciente ingressava, então, em um estado que reclamaria um termo como “crise psicótica”. O que constatei foi que Pamina parecia *reagir à intrusão* materna pondo-se prontamente de pé e, com gritos e gestos furiosos, procurava expulsá-la do recinto em que estávamos até então, quer dizer, ora de seu quarto, ora da sala de sua casa. E devo acrescentar que deste estado

defensivo de “reação à intrusão”, Pamina não se recuperava nem fácil e nem rapidamente. De modo algum. Em todas as infelizes ocasiões as quais estou me referindo, observei que a paciente não logrou se recuperar, até o término das sessões, dos estados em que estes acontecimentos disruptivos a arrojavam. Eles pareciam poder durar uma porção de horas e, além do mais, se mostraram, em ocasiões, capazes de por um fim à sessão em que brotavam com violência. Lembro-me bem que Pamina, certo dia, não teve outra escolha senão expulsar-me em companhia de sua mãe, ligando-me, horas mais tarde, para dizer que esteve muito nervosa e para solicitar que eu a desculpasse.

O meu ímpeto mais imediato era o de me sentir inclinado a não mais atender Pamina em sua casa. “*Quem sabe, podemos dar continuidade ao nosso trabalho em meu consultório*”, considerava. Assim, cheguei a convidá-la para conhecer o referido lugar. Entretanto, quando o fiz, alguns fenômenos curiosos vieram à baila: senti-me como um adolescente querendo ter relações sexuais com a moça. Logo percebi que, não por acaso, experimentava este inusitado estado d’alma: obtive como resposta da paciente um ruborizado “*não posso, pois estou menstruada*”. Ao mesmo tempo, mirando-me com grande seriedade, declarou que a minha intenção era lhe ministrar eletrochoques. Em resumo, naquele momento singular e preciso do tratamento, o consultório não representava uma alternativa adequada para nós. “*O que fazer?*”, perguntava-me mergulhado em um incômodo impasse. Algum tempo depois, minha decisão foi a de procurar intervir em uma direção específica, isto é, por sobre o ambiente doméstico de Pamina. Este deveria ser capaz de, ao menos durante as sessões e, parcialmente (certos cômodos da casa), reunir em si as qualidades necessárias que lhe permitissem abrigar, temporariamente, um trabalho clínico. Posto isto, pareceu-me não exatamente

“bom” mas, absolutamente imprescindível, que nos momentos em que as nossas sessões tinham lugar ocorresse uma destas duas “coisas”: a) a mãe não estivesse presente em sua residência; b) a mãe, apesar de presente em seu lar, não interferisse em nosso trabalho clínico. Colocada diante destas alternativas, optou a mãe da paciente pela segunda alternativa, a de manter-se, digamos, dentro dos limites de uma “presença menos intrusiva”. E este é o estado das coisas atual. Eventualmente, quando uma possível ruptura apenas se insinua nas paredes sensíveis desta “membrana protetora” das sessões, “sacro revestimento” que forjei, rapidamente procuro zelar pela sua continuidade, lançando mão, nestas circunstâncias, do vigor apropriado a um “zelador”.

Devo pontuar que nos dias de hoje, apesar da mencionada alteração que introduzi no ambiente doméstico da paciente, observo que o mesmo ainda suscita alguns problemas delicados tais como, por exemplo, colocar-me em um certo estado de “prontidão ansiosa” a cada vez que ouço passos que parecem se aproximar da entrada da sala em que estou com a paciente ou, mesmo, as ocasiões em que parentes visitam os pais de Pamina, entre vários outros. Desta forma, continuo tentando imaginar um espaço que poderia vir a se revelar ulteriormente como, quem sabe, mais apropriado que o atual, um local que possa acolher o dever deste tratamento. Neste sentido, ainda sou da opinião de que o consultório pode vir a ser, futuramente, um espaço adequado para trabalhar com Pamina. Mas, neste caso, a palavra “consultório” tenderia a designar mais a sala “lúdica” de que disponho para o atendimento de crianças, do que a sala em que atendo pessoas adultas, “gente grande”. A cozinha do sobrado em que se situam as minhas “salas”, a sua varanda, a pessoa da secretária, igualmente, também poderiam desempenhar algum papel

nesta hipotética situação, juntamente com as padarias, as praças e os cafés vizinhos.

*

* *

Pamina e seu analista nazista

Uma faceta relevante do mundo, tal como a paciente parece experimentá-lo – isto é, no geral, adverso e hostil à sua pessoa – , vincula-se ao assunto “nazismo”. No tratamento, isto parece surgir de modos variados, tal como, por exemplo, ao se referir aos seus familiares. Em uma sessão, chegou a afirmar que não só seu pai é nazista mas, igualmente, a totalidade de sua família. Procura, então, como que compartilhar comigo alguns dos indícios que corroboram o que está a dizer. Conta que na adolescência percebeu que seu pai era um leitor de trabalhos consagrados as idéias de Adolf Hitler. Por outro lado, no que se refere ao sobrenome que lhe adveio por parte de sua mãe, oscila entre apreciá-lo como de origem americana ou alemã.

Mas, como disse, este não é o único modo através do qual o tema “nazismo” ingressa no tratamento. Observo que ele, de uma maneira regular, é conduzido para o contexto da relação terapêutica, do universo transferencial. Assim, em diversos momentos, Pamina crê ter diante de si, acomodado no sofá de sua casa, quem sabe, uma espécie de “analista nazista”. Plasma um fenômeno que parece combinar, em si mesmo, dois “elementos”: delírio e transferência. Para usar uma única expressão: plasma uma “transferência delirante”. E, certamente, tal fenômeno surgiu desde o princípio de nossa

relação. Como esquecer a segunda tarde em que compareci à sua casa, tarde na qual, com grande violência, expulsou-me de seu quarto me qualificando de “alemão”?! Desci as escadarias de sua residência apavorado, com a paciente furiosa em meu encalço, sentindo-me como uma criancinha pequena – é preciso dizer que, tempos atrás, Pamina já havia surrado alguns terapeutas e, além disto, que certo dia reduziu à ruínas a oficina de terapia ocupacional de um dos hospitais-dia em que se tratou.

Com o passar do tempo, e de um modo bastante gradual, me foi dado compreender que o surgimento deste fenômeno poderia, com propriedade, ser considerado, digamos, como “uma boa notícia”. Poderia consistir em um dos indícios de que a “psicose” da paciente, verdadeiramente, estaria como que se “derivando” em uma “*psicose de transferência*” (Winnicott, 1962), esta sim passível de ser afetada, em alguma medida, pelo trabalho clínico. Um acontecimento que, em um sentido singular – a “transformação” de um quadro psicopatológico em uma “relação psicopatológica” que, por esta razão, pode vir a ser terapêutica – , guardaria alguma analogia com o que Sigmund Freud (1914) já afirmara a respeito da “substituição”, no âmbito do tratamento analítico, da “neurose vulgar” pela “neurose de transferência”.

Posto isto, algum tempo depois de percorrer com pavor as escadarias da casa de Pamina, pude acolher, de uma maneira inteiramente diversa da antiga, o mencionado fenômeno transferencial. O que veio a ocorrer então? Bem, parecia-me que a paciente, no momento em que me experimentava como um nazista, só poderia viver esta perspectiva como um “fato” ou como uma “realidade”. Nada diferente disto, a rigor, parecia poder ser suportado ou tolerado por ela. Estaria em jogo algo que a paciente estava tentando “criar”, no âmbito de um registro “*subjetivo*” de realidade

(Winnicott, 1971), ou seja, *no contexto de uma experiência em que somente poderia existir o “si mesmo”, sendo tudo o que existe vivido como tendo sido criado, de modo onipotente, pelo próprio sujeito.*

Assim sendo, no que tange à *intervenção* exigida em uma situação clínica como esta, eu tinha clareza quanto à necessidade de que a mesma não deveria fazer, nem que implicitamente, qualquer alusão à diferença entre um “eu” e um “não-eu”. Resolvi, então, apesar de todo o meu temor de, com isso, enlouquece-la ainda mais¹⁴, experimentar, ao menos uma vez, não me opor ao que dizia a paciente. Em uma determinada sessão, ao ouvir o comentário de Pamina de que eu seria um nazista, respondi mirando-a nos olhos: “*Ah, você percebeu...*”. Tive a impressão de que ela aceitou a resposta com naturalidade. Na seqüência, prosseguiu falando sobre o nazismo. Entretanto, mais adiante, sua fala se enveredou por um rumo que me resultou absolutamente insuspeitado. Disse-me: “*Ricardo, todos temos um Hitler dentro de nós! Todos! Todos temos um Hitler dentro de nós!*” Um tanto desconcertado, concordei com ela.

O que era aquilo?! Ou, melhor seria indagar: o que estaria acontecendo?! De imediato, tive o sentimento de que algo importante estava tendo lugar mas, entretanto, o sentido deste “algo” me escapava. Terminada a sessão – isto ocorreu nos últimos minutos da mesma – considereirei que se eu, tornado significativo no âmbito de uma transferência caracterizada, como é, por uma maciça fusão, faço um movimento no sentido de acolher, em mim mesmo, o “fragmento nazista” de Pamina, ela pode, então, ficar em condições de levar a cabo um trabalho semelhante. Desta maneira, ao invés de o

“nazismo” permanecer disseminado pelo mundo – o que, aliás, contribui para fazer deste um local bastante ameaçador – , ele passa a poder ser integrado, mesmo que fugazmente, à pessoa da paciente.

Façamos uma mudança jocosa e substancial no título deste excerto: *“Um analista e sua paciente nazista”*.

*

* *

Os telefonemas

Em um tratamento como este o telefone, este curioso produto da engenhosidade humana, veio a ocupar um destacado papel. Ocorre que desde as primeiras sessões ou, quem sabe, desde o primeiro contato com Pamina, me foi dado sentir o que, mais tarde, se confirmaria do modo mais claro: ela solicitaria com intenso vigor a minha presença em sua vida diária de modo a possibilitar, desta forma, que eu a auxiliasse em uma delicada empresa, isto é, a de tentar fazer frente às suas peculiares problemáticas anímicas.

Transcendendo amplamente o âmbito das sessões semanais Pamina, como que animada pelo mencionado propósito, buscava entrar em contato comigo por meio de ligações efetuadas para o meu telefone celular. Para que o leitor possa obter uma dimensão mais exata, digamos, do “volume” que esta “busca” veio a alcançar, sublinho que estes telefonemas podiam ocorrer diariamente, o que implica dizer que eles se davam também aos finais de semana, feriados e em períodos que compreendiam as nossas férias. Acrescento, igualmente, que

¹⁴ Perspectiva que parece se harmonizar, à maravilha, ao que poderia ser designado como o “senso comum”.

variados momentos do dia e da noite consistiam no cenário destas ligações telefônicas, algumas podendo se estender ao longo de dezenas de minutos enquanto, outras, bem mais fugazes, consumiam apenas poucos segundos.

Talvez o leitor, neste instante, esteja a se indagar: *“fala-se até aqui de telefonemas e de mais telefonemas! De inumeráveis telefonemas! Mas, afinal, qual seria o conteúdo destes telefonemas?! Sobre o que conversavam estes dois?! Poderia-se declarar, mesmo, que “conversavam”?!”* Eis aí indagações relevantes! Relevantes porque, até aqui, eu pouco ou nada esclareci sobre em que consistiriam, verdadeiramente, algumas das “peculiares problemáticas anímicas” de Pamina, frente às quais ela solicitaria, “com intenso vigor”, o meu auxílio. Sendo assim, procurarei, a seguir, remediar esta situação desfavorável ao propósito do presente estudo, fornecendo, sucinta e pontualmente, a narrativa de dois destes telefonemas que constam em minhas anotações sobre o caso.

Em torno de um certo meio-dia, a minha degustação de um apetitoso filé-mignon acompanhado com batatas fritas se viu interrompida por um súbito telefonema, em que, para a minha completa surpresa, parecia soar a voz de uma “menininha” angustiada diante de seu “joelinho” ferido. Há pouco, disse-me ela, havia sofrido uma queda contra o asfalto de uma rua e queria saber, com urgência, se tal ferimento iria ou não “sara”. “Iria” ou “não iria”, indagava-me repetidas vezes. Integralmente desconcertado declarei que sim, que o “machucadinho” iria “sara”, que ela poderia ficar tranqüila. Ao que parece, estas palavras a tranqüilizaram pois, mal havia eu lhe assegurado desta possibilidade de seu corpo a “menininha” disse *“ah, era isto, tá? Um beijo, tchau!”*, encerrando, com “suavidade”, o telefonema fugaz. Retornei então,

algo meditativo, perplexo e a emitir pequenas risadas, ao abandonado filé-mignon com fritas.

Em outra ocasião, no seio de uma luminosa manhã de domingo, Pamina surgiu absolutamente desesperada ao telefone. De imediato, causou-me a forte sensação de que estava muito confusa e caótica naquele momento, provavelmente, dirigindo-me palavras de socorro desde a experiência de algum vórtice terrível e horroroso que ameaçava, com seu poder destruidor, a sua existência. Pouco a pouco, utilizando-se de algumas palavras, bem como, da sonoridade de sua própria voz, descortinou-me o teor tenebroso de sua vivência. Pamina estava perdida no meio de um “mato”. Um “mato” tão alto, mas tão alto, que não lhe permitia divisar o que estava à sua frente. Tentava se orientar e se mover através desta vegetação. Entretanto, à medida em que realizava estes esforços, já não sabia, ao certo, se era “gente” ou se era uma “cobra”, uma “cobra” a serpear naquele “mato” verdejante. Em breves instantes nos quais parecia alcançar, em alguma medida, um distanciamento desta vivência brutal que a consumia, comentava que sua mente estava *“a lhe pregar peças”*. *“O que é isto?! O que é isto?! Ai meu deus!”*, eram as palavras patéticas que repetia. *“O que posso fazer por esta moça?! O que?!”*, era o pensamento que ziguezagueava em meu íntimo.

Minutos depois, já me encontrando como que mais “sintonizado” com a pungente circunstância, pude dizer à paciente que tentaria ajuda-la a sair do “mato”, mas adverti que, para que isto fosse possível, precisaríamos da ajuda do remédio – me referia ao anti-psicótico. Mas Pamina revela-me que já havia tomado um comprimido daquele medicamento um pouco antes de me telefonar. Diante deste fato, ponderei à paciente que seria necessário

concedermos ao fármaco um tempo suficiente para que os seus efeitos começassem a florescer. Bem, foi preciso que eu procurasse sustentar aquele telefonema ao longo de quase uma hora, após o que, por fim, a paciente deu sinais de que já estava em condições de “sair” do “mato”, ainda que algo cambaleante.

Visando encerrar a presente sessão – consagrada, como se viu, ao exame do papel que podem estar desempenhando “os telefonemas”, no âmbito do trabalho clínico que venho desenvolvendo junto à Pamina – , gostaria de tecer algumas breves pontuações.

Clinicamente confrontado com Pamina – bem como, cumpre frisar, com algumas outras pessoas que são ou que foram meus pacientes, incluindo-se entre estas, naturalmente, os nossos já conhecidos Chocolate e Tarsila Samsa – e seus telefonemas, sou levado a admitir que, de fato, há pessoas para as quais parece ser algo sumamente importante que alguém, profundamente implicado e interessado nelas, se faça, de algum modo, continuamente presente, procurando oferecer, a cada vez, os singulares cuidados que seriam buscados pelas mesmas. Pois apenas uma semelhante presença, continuamente implicada em cuidar do paciente, pode ser capaz de proporcionar a este a preciosa – porque, a rigor, *de efeito “constituente” para o sujeito –*

experiência de “ser” e, logo a seguir, de “continuar sendo” ou, se quisermos, de “continuar existindo” (Winnicott, 1956).

No âmbito do tratamento sobre o qual estamos inclinados, creio que tal “continuidade”, se está sendo obtida em algum grau, se deve em parte, exatamente, à edificação daquela sorte de “espaço telefônico” à qual antes aludi como “os telefonemas”. De fato, como seria possível estar presente,

senão, através de telefonemas, ao longo de boa parte das circunstâncias citadas anteriormente (finais de semana, férias e feriados)? Esta é, segundo penso, a finalidade maior da estratégia de adotar algo como um “espaço telefônico” neste tratamento.

*

* *

Um episódio “sui generis”

Algum tempo depois de ter experimentado a “suave” expulsão da casa da paciente, como sabe o leitor, em decorrência de minha natureza nazista, encontrava-me em uma tarde animado pelo propósito de, a partir de uma solicitação de Pamina, a conduzir ao seu “playground” favorito. Assim, íamos caminhando em direção ao meu automóvel que estava estacionado nas proximidades da residência da paciente. Logo adiante, a alguns metros de distância, divisei que ladeava o nosso veículo um sorridente e pleno de gestos “guardador de carros”. “*Evidentemente*”, pensei, “*ele aguarda ser remunerado*”. Contudo, quando apenas alguns passos nos separavam deste homem sorridente e gesticulador, algo delicado ocorreu. Exibindo seu amplo

polegar junto à uma soante voz de baixo, entoou o “flanelinha”: “*Ô alemão! Beleza aí?! Deixa café com a gente, que a gente agradece!*” Tenso à moda de uma corda de violino, com os ombros bem encolhidinhos e um rosto que exalava franco lamento, procurei vagorosamente Pamina. Notei que me mantinha fixamente na mira de seus olhos arregalados. Com um ar cheio de surpresa, disse: “*Alemão?!*”

*

* *

O trabalho clínico com os pais

De um certo hospital-dia Pamina entra e sai repetidas vezes – isto é, vezes sem conta nele começa um tratamento que, pouco depois, é abandonado – , percurso monótono que desenha em minha imaginação formas circulares. No registro da condução do tratamento, tudo se passa como se estivesse em curso a tentativa de se fabricar um prodígio: fazer com que um belo e colorido jardim viesse a florescer a partir de um asfalto gris. Sendo este o estado das coisas, procurei, então, delinear uma estratégia de intervenção que, digamos, parecesse capaz de operar alguma fratura naqueles “círculos”, fazendo-os evoluir em uma contínua e promissora “espiral”.

Cheguei a conceber melhor tal estratégia no dia em que soube, por intermédio de Pamina, que sua mãe, logo na manhã seguinte, uma vez mais tinha a intenção de interna-la no referido hospital. Compreendendo que eu precisaria agir sem demora, pouco depois entrei em contato com a mãe da paciente. Em um telefonema optei por propor a esta apenas o essencial, a saber, que em lugar de nos enveredarmos pelo velho e já conhecido caminho estéril da internação naquele hospital, fizéssemos algo verdadeiramente diverso. Disse-lhe que eu tinha algumas idéias que gostaria de compartilhar com ela e com o seu marido, o quanto antes, em meu consultório. Felizmente, após algum labor, esta mãe veio a aceitar a minha proposta. Semanas depois,

não sem alguma hesitação, houve um encontro com os pais em meu consultório, acontecimento inaudito até aquele instante do tratamento.

Quando nos reunimos, dirigi minhas forças no sentido de explanar-lhes, com clareza, a maneira pela qual a nossa situação se me afigurava. Declarei que eu não dispunha de motivos para crer que o fato de Pamina não prosseguir se tratando naquele hospital, senão, por curtos intervalos de tempo, se deveria, como eles estavam a sugerir em suas palavras, a uma espécie de “falta de disponibilidade” ou “de desejo” de sua filha no sentido de colaborar com o seu tratamento. De modo algum. Isto porque, para além do fato de Pamina dar mostras da maior implicação com a terapia que, juntos, levávamos adiante a anos, era preciso não perdermos de vista um ponto vital e decisivo: as peculiares características da própria instituição sobre a qual estávamos conversando e, igualmente, um certo funcionamento do convênio que custeava o tratamento naquela instituição.

Prosegui a minha intervenção sublinhando alguns dos aspectos que descobri ao observar mais detidamente os mencionados hospital e convênio. Primeiramente, fiz lembrar o quão rígido ou pouco maleável parece ser o hospital no que tange à sua “grade de atividades”. A conformação mínima que esta “grade” pode assumir para cada um dos pacientes, quando pensamos em Pamina, se revela, a rigor, como excessiva e intolerável. *“Melhor seria”, acrescentei, “se à filha de vocês fosse ofertada a possibilidade de freqüentar, tão somente, algumas das atividades disponíveis, aquelas que se revelassem não apenas como as mais “suportáveis” mas, também, como as efetivamente interessantes à Pamina. Por exemplo, ocorre-me três coisas: a oficina de marcenaria; a terapia ocupacional; a aula de ginástica que acontece semanalmente”.*

Na seqüência, comentei que o outro fator que parece dificultar a sustentação do tratamento hospitalar da paciente consiste no fato de que, em essência, o dispositivo clínico utilizado pela instituição é o grupo, sem que, por outro lado, esteja disponível ao menos um “técnico” na “retaguarda”, desempenhando a função de procurar acolher as pessoas que, a exemplo de Pamina, encontram sérias dificuldades para se adaptarem à uma situação em que vários indivíduos permanecem presentes e juntos. Disse também que tal situação grupal, no caso da filha deles, parece resultar como insuportavelmente ameaçadora, sentindo-se ela bastante perseguida pelos outros integrantes do grupo.

Num terceiro momento, frisei que parece haver uma pronunciada rotatividade de pacientes na instituição e que isto, ao que consta, traria conseqüências delicadas para Pamina. Por um lado quando, após algum tempo e percalços, a paciente logra estar mais familiarizada com determinadas pessoas e situações, eis que tudo isto se desmantela abruptamente, em decorrência de maciças altas hospitalares. Por outro lado, como se isto já não fosse, por si só, de efeito suficientemente desestabilizador, a paciente é então confrontada com toda uma “prole” de pessoas desconhecidas, pessoas que, em geral, são prontamente “tingidas” com as cores mais desfavoráveis no vivido por Pamina.

Para terminar, enunciei aos pais da paciente um quarto e último problema que eu havia delineado, algo que parecia emanar não exatamente do funcionamento do hospital, mas, desta vez, do convênio que financiaria a hospitalização. Se um paciente deixa de comparecer ao hospital por três dias consecutivos ele, imediatamente, é “desligado” – “cortado” – do tratamento.

Disse que muito embora eu compreendesse que o convênio, ao instaurar e ao zelar pela observância de tal cláusula, deveria estar movido por variados e lícitos motivos – como, por exemplo, o propósito de não financiar um tratamento que não esteja efetivamente ocorrendo – , ele, ao mesmo tempo, acaba por produzir com isto uma difícil situação para pessoas que, como Pamina, freqüentemente não se encontram em condições psíquicas de saírem de suas residências, rumo ao hospital. Evoquei o quão difícil nos seria computar, mesmo que de modo aproximado, o número destes “cortes” que já haviam se abatido sobre a filha deles.

Após toda esta longa explanação, verifiquei que os pais de Pamina pareciam manter-se atentos e receptíveis ao que eu ia lhes dizendo. Resolvi, assim, ir adiante, passando a comunicar a segunda parte da intervenção que eu havia previamente concebido. Passei a abordar o que, mais exatamente, parecia-me que nos aguardava como uma boa vereda na condução do tratamento da filha deles.

Antes de mais nada, aludi ao essencial, falando acerca de uma imperiosa necessidade que exigia ser contemplada: a de edificarmos, pouco a pouco, toda uma série de cuidados dirigidos à Pamina, uma sorte de “rede personalizada” de sustentação. Paralelamente à providência de aumentar a freqüência semanal das sessões comigo – de duas para, ao menos, três – , me parecia apropriado que a paciente continuasse o tratamento medicamentoso em regime ambulatorial, de preferência, com a mesma psiquiatra que outrora, quando no hospital, se encarregava de medica-la. Além disto, haveria a necessidade de que uma vida cotidiana fosse gradualmente organizada ao redor de Pamina, pois, caso contrário, eu tinha alguma clareza do quão sofridos e complicados poderiam ser os dias, tanto para ela como, também,

para os seus familiares. Neste sentido, ocorria-me duas idéias. A primeira delas seria entrevistar uma “senhorinha japonesa” que me havia sido indicada por uma colega, mulher com pouco mais de sessenta anos de idade, trinta dos quais teriam sido consagrados a um paciente e hábil ensino de “artes manuais” – tais como o “tricô” e o “crochê”, a “pintura em tecidos”, a arte do “arraiolo” e do “fuxico” – , incluindo-se entre os seus alunos, não apenas, pessoas consideradas “sãs” mas, igualmente, aquelas que exibem as mais variadas dificuldades “físicas” e/ou “mentais”. Finalmente, fiz menção ao fato de que a implantação e a sustentação deste sonhado cotidiano demandaria de nós, seguramente, a contratação de acompanhantes terapêuticos, os quais, à semelhança do que havia afirmado a respeito da “senhorinha japonesa”, eu poderia estar me encarregando de entrevistar pessoalmente.

Bem, creio que há a possibilidade de que o leitor, a esta altura da narrativa, esteja curioso para saber se esta intervenção que teci junto aos pais de Pamina trouxe, ou não, algum “fruto saboroso” e, no caso deste feliz acontecimento ter se dado, que “fruto” foi este que pôde vir à luz. De um modo bastante sumario diria que os pais, durante a entrevista, demonstraram-se receptivos à proposta que lhes explanei, desdobrando-se, pouco depois, uma espécie de híbrido que combinou algo que poderia ser designado como “um interessante diálogo”, com uma tumultuada troca de acusações

recíprocas, no âmbito da relação dos pais entre si e com a filha. Entretanto, tempos depois desconcertou-me constatar na fala da mãe de Pamina o quanto tudo o que eu havia dito fora, verdadeiramente, como que “apagado” de sua vida anímica. Melhor dizendo, o mais alarmante foi a sensação de que era como se eu nunca houvesse dito nada, absolutamente nada ou, então, como se

nunca houvesse ocorrido qualquer entrevista. Houve? Uma coisa é certa: continuo procurando trabalhar clinicamente com estes pais, já que, na ausência do mesmo, o tratamento de Pamina tende a despencar vertiginosamente no abismo reservado às empresas inviáveis.

*

* *

A duração das sessões e a sua “raiz”

Quando ingressei no tratamento de Pamina, apreciava o meu trabalho clínico como o de um acompanhante terapêutico. Entretanto, após alguns anos e variadas experiências significativas, venho atribuindo um outro sentido para o mesmo. Tanto é assim, que considero mais apropriado não denominá-lo como “Acompanhamento Terapêutico” mas, ao invés disto, descreve-lo como um trabalho clínico realizado por um psicanalista, trabalho que busca extrair as suas características à partir da própria singularidade radical que o caso em jogo parece exibir. Não vou explorar este ponto aqui mas, isto sim, páginas adiante. No momento, interessa-me depositar a minha atenção no quanto tal processo de criação e de recriação de sentido parece expressar-se, claramente, na duração conferida às sessões com Pamina.

Inicialmente, toda semana abrigava dois encontros, cada um deles tendo a duração de três horas. Como isto era, então, justificado? Pensava assim: *“para sair pela cidade com a paciente, por exemplo, ir dar uma volta em um Shopping Center, seriam necessárias três horas, ao menos. De fato, tem de haver um tempo para ir ao local, um para lá permanecer e, por fim,*

um outro para se retornar à casa da paciente”. Entretanto, à medida em que, por um lado, comecei a perceber que o meu desejo mais ardente era o de trabalhar como analista de Pamina e, por outro, fui compreendendo o quão intensamente ela parecia necessitar de um cuidado como este, optei pela introdução dos seguintes elementos no enquadre: em virtude de algumas características da paciente – tal como, por exemplo, a de parecer necessitar de um certo tempo para “sintonizar” comigo, abandonando, gradual e parcialmente, uma certa “organização defensiva” que assume para sobreviver em meio aos seus – , a duração de uma hora e meia parecia ser apropriada para as sessões; mais comumente situados no interior de sua casa, poderíamos sair dela, eventualmente, sempre que tal coisa parecesse necessária – o que, de fato, poderia exigir uma maior flexibilidade na duração da sessão, no sentido de ela se estender por mais tempo que o habitual. Então, para concluir este tópico, registro o seguinte: nos dias de hoje, basicamente, encontro a paciente três vezes por semana, em sessões que abarcam uma hora e meia de duração.

*

* *

Um “Poltergeist” assombroso

Ao longo dos primeiros tempos do tratamento era raro ou, quem sabe, inexistente, que Pamina me contasse qualquer fragmento de experiência oriundo dos momentos em que foi tragada por surtos psicóticos. Parecia se

impor, neste domínio, um imenso silêncio. Dito de outro modo, era como se nenhum “objeto” situado nesta “zona” pudesse ser tocado. De minha parte, limitava-me a observar este fenômeno com um misto de curiosidade e respeito, pois, segundo eu supunha, deveria haver boas razões para tanto. Mas em uma sessão Pamina, transbordando espanto, narrou uma experiência assombrosa que teve pouco antes de ser internada.

Dirigindo seus olhos arregalados, alternadamente, em minha direção e no sentido da janela de seu quarto, que se abre sobre um telhado marrom, narrou-me o que lhe ocorreu em um estranho dia. Foi assim: estava em seu quarto sozinha e muito nervosa. Súbito, através da janela vê, claramente, que há pessoas sobre o telhado! Um homem está de mãos dadas com duas meninas idênticas entre si, meninas com cara de mongolóide e trajando vestidinhos de chita. Me adverte, com o maior vigor, que foi real, que foi um fato! Não se trata de “loucura” sua, garante. Não desta vez! Sabe que o que teve lugar foi um legítimo “*Poltergeist*”. Como aquele que se vê no filme que exhibe esta palavra no título. Supõe que deve ser uma “médium”. Uma “médium”!

Sem nenhuma dúvida, eis aí um fenômeno inquietante, não apenas para quem o experimenta como, também, para quem o investiga. Mas tão logo digo isto, uma importante questão se apresenta: *como apreender o que se passou naquele estranho dia com Pamina e, também, o que se passou na própria sessão?* Talvez, ao buscar algumas possibilidades de sentido para este material clínico venhamos a descobrir, por fim, que o deixamos ainda mais perturbador. Ou, quem sabe, este “material” venha a adquirir, apenas, outros timbres. De qualquer modo, caro leitor, façamo-lo “timbrar”.

Diante desta vivência de Pamina, a primeira coisa que me ocorre é a evocação de uma série de lembranças: vezes sem conta, a paciente disse-me que é “monga”, “mongolóide” ou que porta uma “Síndrome de Down” – o que explica seus “olhos puxadinhos”. Por outro lado, escorando-se em antigas fotos, rasgadas durante as suas crises, tampouco deixou de declarar que foi um “bebê deformado” ou, tempos depois, uma menina “mongolóide”. Pois bem. Dito isto, como fica a minha apreensão do material clínico?

Gostaria de sublinhar, inicialmente, que aquela espécie de “alucinação visual” que acometeu Pamina tem por conteúdo, em verdade, a própria paciente, por um lado, em uma franca conformação infantil e, por outro, como que “dividida”, “cindida”, “clivada” ou, se preferirmos, “rachada” em, ao menos, duas “partes”. Penso que isto poderia ser apreciado, desde a perspectiva clínica proposta por Winnicott, como o surgimento, por uma via alucinatória, de um importante fragmento da paciente, a saber, o seu *self infantil*, profundamente fendido. Ainda situado na referida posição teórico-clínica, parece-me que Pamina, contando com a sustentação fornecida pelo âmbito transferencial, estaria tentando um precioso movimento: *o de estabelecer algum contato entre diferentes experiências de si mesma, isto é, o de procurar alcançar um estado de maior integração de si mesma*. Guardadas as devidas diferenças, a paciente parece proceder aqui como a pequena criança que, tendo logrado produzir e recordar um sonho, sente a aguda necessidade de contar, para um adulto que lhe resulte significativo, o que viveu durante a noite. Segundo Winnicott (1945), no contexto de um acontecimento tão ordinário como este, obtém a criança uma preciosa – porque de efeito constitutivo – experiência: teria lugar uma maior integração entre a “criança que dorme” e a “criança acordada”.

Por fim, caro leitor, repare no seguinte detalhe: Pamina, ao recordar e contar-me o seu “Poltergeist”, deixa de sentir-se enferma. Curioso. Aos meus ouvidos, isto soa como se dissesse: “*sei que o que estou a viver não faz parte de minha doença*”. Bem, à partir das considerações que teci a pouco, me parece que ela tem toda razão.

*

* *

Segunda parte:
O setting e a sua literatura

Capítulo 4:
Notas de leitura à partir de alguns trabalhos que
abordam a noção de Setting

Horacio Etchegoyen (2004) no capítulo 37 de seu trabalho intitulado *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*, define o enquadre (ou setting) psicanalítico como *o conjunto de variáveis que foram fixadas, transformadas em constantes, constelação esta que operaria no tratamento como um marco*

no qual se situa o processo analítico. Gostaria de salientar, nas próximas linhas, alguns aspectos importantes da mencionada definição.

Começemos por examinar esta faceta do conceito: *as diversas constantes que compõe o enquadre eram originalmente, em si mesmas, fatores puramente variáveis.* De imediato, tal idéia desperta a nossa curiosidade. Queremos saber *com base em qual(ais) critério(s) pode um psicanalista escolher as variáveis que devem ser fixadas como enquadre?* Ou, até mesmo, somos levados a desejar compreender melhor *qual(ais) o(s) sentido(s) de se fixar variáveis.* De fato Etchegoyen, no referido capítulo, está às voltas com estas perguntas. Contudo, não me parece correto afirmar que o autor nos ofereça, como resposta às mesmas, uma explanação detalhada e sistemática.

Essencialmente, a sua investigação vai se centrar no enquadre proposto por Sigmund Freud. Em interlocução com um estudo realizado por Joel Zac (1971), Etchegoyen comenta que as “normas” delineadas por Freud para compor o enquadre analítico estariam, de fato, íntima e estreitamente vinculadas a um certo número de “hipóteses definidoras da psicanálise”. Em seus termos, à *“...partir de observações empíricas impecavelmente registradas e de certas generalizações que nascem dessas mesmas observações, Freud pôde conceber como deveria desenvolver-se o tratamento psicanalítico, estabelecendo, assim, as hipóteses definidoras da psicanálise, ou seja, os postulados sem os quais a psicanálise não pode acontecer, fora*

dos quais a psicanálise nunca poderia ser o que é. Dessas hipóteses definidoras derivam as normas que constituem o enquadre e sem as quais o tratamento psicanalítico não tem “lugar”...” (Etchegoyen, 2004, p.289). De um modo geral, Etchegoyen não parece se deter neste assunto, trabalho que o

levaria a esclarecer quais seriam, mais exatamente, tais “hipóteses”, bem como, a lançar alguma luz sobre a maneira pela qual as normas do enquadre seriam derivadas à partir daquelas. Entretanto, espalhadas ao longo do texto se encontram, *pontualmente*, algumas colocações sobre o tema. Citemos, ao menos, um exemplo.

Em uma importante passagem, nosso autor assinala o enlace fundamental existente, no âmbito do pensamento freudiano, entre o *enquadre* e o *fenômeno transferencial*. Diz ele: “...as normas específicas do tratamento analítico apontam, em sua essência, para que o fenômeno transferencial possa desenvolver-se sem tropeços...” (*Op.cit.*, p.290). A fim de ilustrar o que esta dizendo, Etchegoyen evoca a *reserva analítica* proposta por Freud, pois sabe-se “...empiricamente que toda circunstância que revele algo pertencente ao âmbito pessoal do analista pode perturbar esse desenvolvimento [do fenômeno transferencial]...” (*Idem*).

A julgar pelo que foi dito até aqui, poderíamos ser levados a pensar que o enquadre psicanalítico seria composto, tão somente, por constantes derivadas das mencionadas “hipóteses”. Mas, adverte Horacio Etchegoyen, não é bem este o caso. Ainda se pautando no mesmo estudo de Zac, designa as constantes que dependem dos postulados fundamentais da psicanálise como *absolutas*. Por outro lado, integrariam o enquadre, igualmente, constantes *relativas*, isto é, tanto aquelas que dependem das singularidades e idiossincrasias de cada analista, como as que dependem do que haveria de absolutamente único no par formado pelo analista e seu paciente. Dentre as constantes relativas *que dependem do analista* estariam, por exemplo, “...alguns traços de sua personalidade, sua ideologia científica e outras mais concretas, como o lugar em que tem seu consultório, o tipo e o estilo de seus

móveis, assim como as regulações de seus honorários, feriados, etc...” (Op.cit., p.290). Quanto àquelas *que dependem do par*, Etchegoyen fornece os seguintes exemplos: “...*que a hora da sessão seja fixada de acordo com as conveniências de ambas as partes, ou que um analista que tira férias em fevereiro contemple o caso do advogado pelo recesso judiciário de janeiro...”* (Idem).

É importante notar que esta proposta de se distinguir as diversas constantes que compõe o enquadre, não apenas admitiria, em seu bojo – justamente, no âmbito das constantes ditas “relativas” – , algum espaço para a, digamos, “flexibilidade”, “maleabilidade” ou “elasticidade” de que pode e deve gozar o enquadre psicanalítico mas, principalmente, pareceria fornecer alguns subsídios teóricos para procurarmos precisar *o quê*, no que enquadre, pode ou não variar conforme a natureza de cada circunstância clínica. Mais adiante, voltaremos a este assunto capital.

Um outro aspecto da contribuição de Etchegoyen consiste em que, no seu entender, haveria *duas* maneiras possíveis de se pensar o enquadre analítico, isto é, como *fato de conduta* ou como *atitude mental*. Quando o observamos no plano do comportamento ou das condutas, ele se nos afigura, diríamos, como uma espécie de “seqüência repetitiva de atos” ou, nos termos do autor, como uma sorte de “rito”. Contudo, o enquadre seria composto, igualmente – e, diz Etchegoyen, *substancialmente* – , por “atitudes mentais” do analista, aquelas “aconselhadas” por Freud em 1912: a *regra de abstinência* e a *reserva analítica*. De nossa parte, nos perguntamos se não deveriam ser incluídas também, nesta dimensão “mental” do enquadre, outras elaborações freudianas: no que se refere ao psiquismo do analista, aquilo que

ficou conhecido como *atenção flutuante* e, no que tange à vida anímica do paciente, a *regra psicanalítica fundamental (associação livre)*.

Por fim, resta ainda por examinar uma destacada faceta da definição de enquadre, que citamos anteriormente. Dissemos que o enquadre, consistindo, ele mesmo, em um conjunto ou constelação de variáveis transformadas em constantes, *operaria no tratamento como um marco no qual se situa o processo analítico*. Pois bem, consideramos que subjaz ou, se se quiser, que está implícito nesta dimensão do conceito a idéia segundo a qual o enquadre, basicamente, seria como que *um lugar em que o processo analítico pode ocorrer*. A metáfora em ação, aqui, é francamente de caráter “espacial”. O enquadre é, segundo ela, um *espaço*, um *lugar*. É em um contexto como este que Etchegoyen, em interlocução com Bion (1963), afirma que a relação existente entre o *enquadre* e o *processo analítico* deve ser entendida, em verdade, como uma relação entre um *continente* e um *conteúdo*. Em outras palavras, *o enquadre seria o continente do processo e, este, o conteúdo do enquadre*.

Outra interessante contribuição ao tema do enquadre na clínica analítica, a encontraremos em um pequeno e denso escrito da psicanalista e pintora Marion Milner (1952). Aos olhos desta autora a sessão psicanalítica traz em si mesma uma característica *essencial*, aspecto que seria encontrado, entretanto, também nos desenhos, nos poemas, nos rituais e em tantas outras atividades humanas, a saber, *o fato de ser delimitada por um “enquadramento” ou “moldura”*. Tais sessões, como sublinha Milner, seriam “emolduradas” no *tempo* – à maneira dos “...poemas enquadrados no silêncio quando são declamados...” (Op.cit., p.86) – e no *espaço* – a exemplo dos desenhos contidos pela “...borda de um papel, ou até mesmo [pelos limites de]

uma parede...” (*Idem*). E cumpre notar também que a, digamos, “moldura analítica”, como todas as demais molduras, não deixaria de distinguir, através de seu contorno, um “exterior” de um “interior”, tendo este o caráter de uma sorte de “espaço vazio” ou de “hiato enquadrado” – expressão que dá título ao artigo de Marion Milner – , “...*uma área dentro da qual aquilo que percebemos tem que ser tomado como símbolo, como metáfora, e não literalmente...*” (*Op.cit.*, p.87).

*

**

Terceira parte:
Considerações Finais

Ao procurar refletir sobre o percurso que trilhei até aqui no presente estudo, descubro que estive às voltas com questionamentos singulares acerca

da idéia de setting. Vou apresenta-los, mais abaixo, juntamente com as reflexões que tecei à partir deles.

Partirei de algo tão óbvio quanto sumamente importante na clínica: parece-me razoável postular que todo setting exhibe uma dimensão, por assim dizer, “material” ou “concreta”. Quando o contemplamos desde esta perspectiva – possivelmente, mais familiar aos arquitetos que aos analistas –, o setting não deixa de nos surgir como um “lugar no mundo”. Por exemplo: assim posicionados, despertamos para o fato de que o consultório vienense de Sigmund Freud era, em verdade, um dos cômodos de sua residência. Entretanto, notemos que o clínico necessita discernir se o “lugar no mundo” que escolheu para tratar o seu paciente possui, efetivamente, as características que o tornariam “adequado” ou “suficientemente bom” para abrigar, em seu interior, tal tratamento. Caro leitor, tão logo escrevo isto, recordo as fortes experiências que obtive ao tratar Pamina.

Referências Bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BARRETTO, Kleber Duarte. *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: Unimarco Editora, 1998.

BERLINCK, Manoel Tosta. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000.

BRANDÃO, Junito de Souza. *Dicionário Mítico-Etimológico da Mitologia Grega (volumes I e II)*. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

CHAUÍ, Marilena. Glossário de termos gregos. In: *Introdução à história da filosofia: dos pré-socráticos a Aristóteles (volume I)*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994, p.341-361.

COMMELIN, P. *Mitologia Grega e Romana*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

DE DEUS, Ricardo Telles. O Sirenista. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, ano XIV, n. 150, p. 36-40, out./2001.

EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.). *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991.

ETCHEGOYEN, R. Horacio. *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

EURÍPEDES. *Medéia; Hipólito; As troianas (tradução do grego, introdução e notas de Mário da Gama Kury)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991, p. 159-231.

EY, Henri et. al. As crises maníacas (capítulo II). In: EY, Henri et. al. *Manual de Psiquiatria*. : Editora Masson do Brasil, 1970, p. 235-248.

FALRET, Jean-Pierre. Da loucura circular, ou forma de doença mental caracterizada pela alternância regular da mania e da melancolia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. V, n. 4, p. 130-141, dez./2002.

FÉDIDA, Pierre. *Crisis y contra-transferencia*. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1995.

FERENCZI, Sándor. Confusão de língua entre os adultos e a criança (a linguagem da ternura e da paixão) (1933). In: FERENCZI, Sándor. *Obras Completas: psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p.97-106.

FIGUEIREDO, Luís Claudio. *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2003.

FREUD, Sigmund. (1900). La interpretación de los sueños. *Obras Completas (Tomo I)*. Buenos Aires: El Ateneo, 2005, p.343-720.

_____. (1894). Las neuropsicosis de defensa. *Op.cit.*, p.169-177.

_____. (1915). Los instintos y sus destinos. *Obras Completas (Tomo II)*. Buenos Aires: El Ateneo, 2005, p.2039-2052.

_____. (1917). Luto e melancolia (apresentação, tradução do original alemão, notas de tradução e discussão de Marilene Carone). *Novos estudos CEBRAP*, São Paulo, n. 32, p. 128-142, mar./1992.

_____. (1914). Recuerdo, repeticion y elaboracion. *Obras Completas (Tomo II)*. Buenos Aires: El Ateneo, 2005, p.1683-1688.

_____. (1905). Tres ensayos para una teoria sexual. *Op.cit.*, p.1169-1237.

GANHITO, Nayra Cesaro Penha. Quando “ela” era o sono e o alimento: a mãe como primeira guardiã do sono. In: GANHITO, Nayra Cesaro Penha. *Distúrbios do Sono*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 43-97.

GUIMARÃES, Ruth. *Dicionário da Mitologia Grega*. São Paulo: Editora Cultrix, 1972.

HOUAISS, Antônio & VILLAR, Mauro de Salles. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JASPERS, Karl. *Psicopatologia Geral (primeiro volume)*. São Paulo: Livraria Atheneu, 1973.

KAFKA, Franz. A construção. In: KAFKA, Franz. *Um artista da fome e A construção*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998, p. 61-108.

KURY, Mário da Gama. *Dicionário de Mitologia Grega e Romana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

MCDOUGALL, Joyce. Um corpo para dois. In: *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MILNER, Marion. O hiato enquadrado. In: *A loucura suprimida do homem são: quarenta e quatro anos explorando a psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. Formulando uma Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 1, p.60-76, mar./1998.

SADIE, Stanley. *Dicionário Grove de Música: edição concisa*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

SAFRA, Gilberto. *Anotações dos cursos ministrados no Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP (2004)*.

WINNICOTT, Donald W. (1956). A preocupação materna primária. In: WINNICOTT, Donald W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas por D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000, p. 399-405.

_____. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. *Op.cit.*, p. 374-392.

_____. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. Op.cit., p. 218-232.

_____. (1971). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.

_____. (1963). O medo do colapso (Breakdown). In: WINNICOTT, Clare et. al. (Orgs.). *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005, p. 70-76.

_____. (1971). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: WINNICOTT, Donald W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975, p. 153-162.

_____. (1962). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: WINNICOTT, Donald W. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, p.152-155.

_____. (1954). Retraimento e regressão. In: WINNICOTT, Donald W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas por D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000, p. 347-354.

_____. (1970). Sobre as bases para o *self* no corpo. In: WINNICOTT, Clare et. al. (Orgs.). *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005, p. 203-218.