

SER E FAZER: ENCONTROS BRINCANTES NA CLÍNICA GRUPAL

Tânia Maria Jose Aiello Vaisberg
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Tenho tido a honra e a satisfação de liderar um Grupo de Pesquisa USP/CNPq, intitulado Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade, no âmbito do qual se criou, em 1997, um espaço institucional para realização de pesquisas clínicas conhecido como "Ser e Fazer": Oficinas Psicoterapêuticas de Criação. Tais pesquisas consistem, basicamente, na investigação sobre a potencialidade mutativa, vale dizer, sobre a eficácia psicoterapêutica, de modalidades de atendimento grupal, que se definem segundo as seguintes características: apresentação de materialidades mediadoras, cultivo do holding como modo de intervenção do terapeuta e preferência pelo atendimento grupal.

Dizemos, sempre, que nos inspiramos no pensamento D.W.Winnicott, no propósito de deixar sempre claro que não pretendemos estar aplicando diretamente nenhuma teorização deste autor na nossa prática. Na verdade, o que realizamos é uma interlocução, uma conversa com Winnicott, na medida em que este autor utiliza, em seus escritos, concepções antropológicas, psicopatológicas e clínicas com as quais mantemos viva afinidade. Deste modo, lemos suas obras sem a pretensão de nos colocarmos como intérpretes do que verdadeiramente teria dito, nem para nos firmarmos como especialistas em seu pensamento ou nos caminhos pelos quais articulou os conceitos que considerou fundamentais, para colocarmos-nos como interlocutores que nele se inspiram. Deste modo, podemos afirmar, bem ao gosto de Winnicott, que paradoxalmente somos mais winnicottianos do que outros grupos na medida em que adotamos uma atitude bastante próxima à deste autor, que se apropriou da tradição da psicanálise para resolver problemas do seu próprio tempo, no qual, como disse mais de uma vez, os neuróticos rareavam e formas de sofrimento *borderline* e psicóticas se tornaram cada vez mais frequentes. De nossa parte, lemos suas obras como brasileiros comprometidos com os rumos da saúde mental pública em um país pobre e populoso.

Esta questão se agudizou, desde nossa perspectiva, a partir da implantação da reforma psiquiátrica brasileira, que mudou bastante o modo como a sociedade lidou com a emergente profissão de psicólogo. Como sabemos, os psicólogos mantiveram-se, durante as décadas de sessenta e setenta, ainda bastante apartados da instituição psiquiátrica, limitando-se a trabalhar em empresas, como

selecionadores de pessoal ou na clínica privada. A situação psiquiátrica mantinha-se lamentável e iatrogênica, baseando-se exclusivamente no uso dos fármacos, dos eletrochoques e do isolamento, que era pensado como medida terapêutica, do tipo “dar um tempo”, já que operava afastando o indivíduo do seu ambiente de vida. A partir do final dos anos setenta começam as discussões acerca da reforma, que vem adotar o modelo basagliano. Neste momento, brotaram muitas esperanças entre os psicólogos, que passaram a prestar concursos públicos para compor equipes multiprofissionais que trabalhariam em diferentes equipamentos de saúde e de saúde mental.

Entretanto, considerando que em nosso país esta reforma atendia não apenas os anseios de profissionais convencidos dos efeitos iatrogênicos da internação, mas também a ganância dos proprietários de estabelecimentos hospitalares, desejosos de diminuir seus gastos com hotelaria, para aumentar a margem dos lucros, não nos surpreende o fato de que estas importantes transformações tenham ocorrido “à brasileira”, vale dizer, sem a construção concomitante de uma rede de serviços extra-hospitalares capaz de assumir o cuidado destes pacientes. Deste modo, operou-se na linha de uma implantação da reforma italiana, num sentido da preservação do atendimento psiquiátrico tradicional e da criação de dispositivos sócio-educativos, que tinham como objetivo reabilitar o paciente psiquiátrico, em termos da assunção de uma cidadania plena. Os atendimentos grupais passaram a ser freqüentes, mas ficaram a cargo de profissionais que não estavam preparados para assumi-los. O despreparo se compensava, na prática, pelo uso de co-terapias que juntavam enfermeiro e assistente social, psiquiatra e terapeuta ocupacional, psicólogo e enfermeiro, enfim, todas as combinações possíveis de profissionais disponíveis. Realizados a partir da falta de formação específicas, tais práticas mantiveram-se, ao longo do tempo, como essencialmente “selvagens”.

De nossa parte, sempre nos incomodou a falta de empenho na constituição de dispositivos verdadeiramente clínicos, mediante os quais os pacientes pudessem ser efetivamente beneficiados em termos daquelas necessidades emocionais que justamente se encontravam na base do seu sofrimento.

Ao mesmo tempo em que criticamos a reforma psiquiátrica brasileira, preocupamo-nos, por outro lado, com a proposição de novas modalidades de atendimento, que pudessem ser rigorosamente fundamentadas, do ponto de vista teórico, ao mesmo tempo em que fossem passíveis de serem implantadas em instituições. Não nos contentaríamos com uma base que deixasse de aproveitar os conhecimentos acumulados pela tradição psicanalítica que, desde nossa perspectiva, tem em Winnicott um verdadeiro pensador. Deste

modo chegamos à criação da “Ser e Fazer”, conjugando nossa preocupação com a superação das limitações da reforma psiquiátrica brasileira com uma grande afinidade por um dos mais interessantes desenvolvimentos da psicanálise contemporânea.

Desde o início entendemos que o atendimento seria grupal e que os grupos seriam preferencialmente heterogêneos quanto ao diagnóstico, tendo em vista tanto atender a um grande número de pacientes como – talvez fundamentalmente – constituir um ambiente o mais próximo possível da experiência humana comum, que se fazendo, inevitavelmente, como campo inter-humano vincular, contrasta nitidamente com o manicômio, na medida em que este reúne pessoas com diagnósticos semelhantes para afastá-las do convívio social.

Se a nossa experiência com grupos inclusivos, nos quais pessoas diagnosticadas como psicóticas podem ser atendidas ao lado de outras, que apresentam outros tipos de dificuldades emocionais, revelou-se fecunda, há também que lembrar que fomos surpreendidas pela notável aderência de pacientes somáticos, em estados mais ou menos graves, incluindo terminais, às oficinas Ser e Fazer, em grupos homogêneos quanto à patologia orgânica. Esta experiência indicou que o caráter inclusivo, num sentido profundo, não exige nem é garantido pela heterogeneidade, mas decorre do firme posicionamento do terapeuta que atua segundo uma rigorosa ética psicanalítica.

A Radicalidade da Psicopatologia Winnicottiana como Base do Trabalho Clínico Diferenciado

Chegamos ao texto winnicottiano pela via de uma busca mais antiga por uma psicanálise capaz de atender às exigências epistemológicas de Politzer (1928), apresentadas na América do Sul por Bleger (1963). O jovem filósofo entusiasma-se profundamente com a leitura da Interpretação dos Sonhos de Freud (1900), saudando-a como portadora de um saber revolucionário para o campo das ciências humanas, e criticando uma duplicidade que encontrou nesse discurso que se alimentava, de um lado, de um acontecer clínico de caráter dramático e vincular, para construir um modelo de funcionamento do psiquismo que o tomava como “coisa extensa” no sentido cartesiano do termo. A partir desta crítica, lançou o programa de constituição do que denominou “psicologia concreta”, que se definiria pelo uso do método psicanalítico para a geração de teorizações que usassem modelos humanizados, de tipo dramático. As formulações desta psicologia concreta abandonariam conceitos demasiadamente abstratos, como os de aparelho psíquico, energia

psíquica ou pulsão, para utilizar termos direta e concretamente ligados à experiência emocional humana. Tratava-se, de um certo modo, de uma visão que se aproximava bastante daquilo que pregou a fenomenologia como volta ao mundo vivido como condição indispensável para a elaboração de teorias que pudessem ser verdadeiramente úteis do ponto de vista clínico.

Esta crítica ao freudismo nos convenceu plenamente. Ao mesmo tempo em que compreendemos que a metapsicologia faz sentido no horizonte cultural em que Freud desenvolveu seu pensamento, já que tudo indica que não frequentou grupos de vanguarda da filosofia do início do século XX a ponto de conceber uma outra forma de teorização. A argumentação de Bleger (1963) que se nutriu da leitura das produções universitárias francesas, no sentido de que a psicanálise corresponderia à mais completa psicologia até então elaborada, soou, aos nossos ouvidos, como extremamente convincente. Entretanto, não encontramos, nas obras blegerianas, uma verdadeira realização dos ideais da psicologia concreta, que viemos a encontrar nos textos de D.W.Winnicott, autor que teoriza em termos humanos e dramáticos, mesmo quando faz uso – sempre impreciso, é bom lembrar – de termos metapsicológicos. Então, aquilo que faz autores como Roudinesco e Plon (1998) referirem como sinais de que estamos diante de um “clínico notável”, leva-nos a reconhecer um teórico capaz de escapar às abstrações fisicalistas e propor constructos teóricos que se mantêm maximamente próximos ao acontecer clínico.

Ao voltamo-nos para Winnicott, pudemos nos dar conta de que desenvolve seu pensamento a partir de uma teoria psicopatológica original, que, estribando-se sobre o conceito de regressão, que reformula em seus próprios termos, que completa, a meu ver, a revolução psicanalítica num sentido que talvez mereça ser qualificado como verdadeiramente anti-psiquiátrico.

Assim, a psiquiatria se firmou, ao longo dos séculos XIX e XX, como campo disciplinar organizado ao redor do que Bercherie (1980) denominou “índice de não-compreensão do observador”, que veio a ser radicalmente questionado pelo freudismo. Na verdade, o modo de constituição da ciência psiquiátrica realizava algo que foi teorizado e fundamentado por Jaspers em 1913, quando estabeleceu, como ponto de partida de sua psicopatologia, a distinção entre sintomas compreensíveis e sintomas explicáveis. Os primeiros seriam resposta à experiência emocional e, nesta medida, o médico seria capaz de encontrar coerência entre sua emergência e a situação vivida pelo pacientes. Por outro lado, os segundos corresponderiam à supressão de determinantes biográficos e dramáticos em decorrência da irrupção de processos subjacentes de ordem biológica. Deste modo, deixariam de estar dotados de sentido emocional e, deste modo, não

seriam passíveis de ser produtivamente abordados pela via das dificuldades do viver humano. Seriam, logo se percebe, o objeto da psiquiatria, que poderia compartilhar pacientes com sintomas compreensíveis com os psicólogos e psicanalistas.

Ora, quando de sua emergência, a psicanálise rompe a visão jasperiana, pois a proposição do conceito de inconsciente permite a ruptura dos limites de compreensibilidade do fenômeno humano. Deste modo, surge, no cenário ocidental, como base capaz de legitimar uma revisão radical das idéias predominantes sobre a loucura, por impedir que condutas aparentemente absurdas, bizarras ou até cruéis e monstruosas sejam concebidas como manifestação que não pertence ao acontecer humano. Assim, aquilo que, numa apreensão imediata, pode se revelar como desprovido de sentido, terá esta dimensão plenamente recuperada se for psicanaliticamente considerada em termos de motivação inconsciente subjacente.

Tal posicionamento teórico levaria o psicanalista coerente a assumir uma postura clínica bastante diversa daquela sustentada pela psiquiatria clássica, na medida em que a não existência de diferenças de natureza entre o louco e o não-louco deixava de justificar o isolamento social, que tão bem justificara o uso de antigos leprosários europeus.

Entretanto, foi necessário que ao conceito de inconsciente se acrescentasse o de regressão, para que se tornasse possível a proposição de um sistema psicopatológico, que foi explicitado pela primeira vez por Abraham, segundo o qual as psicoses, como as neuroses, corresponderiam a aderências a fases anteriores do desenvolvimento psico-emocional³. Deste modo, todos estariam potencialmente sujeitos a psicotizar, mas psicotizariam aqueles que desgraçadamente tivesse tido que enfrentar dificuldades maiores nos primórdios da vida individual. Caíam, assim, diferenças essenciais, entre loucos e sãos, para persistirem diferenças oriundas do percurso de vida de acordo com o esquema causal das séries complementares (Freud, 1916).

Entretanto, consideramos que Winnicott, a partir de sua formação como pediatra, ou seja, como profissional que lidou com bebês concretos, completou este movimento anti-psiquiátrico, no interior do mundo psicanalítico, ao formular sua teoria sobre o amadurecimento emocional, fato que nem sempre é reconhecido, principalmente por estudiosos que insistem em reduzi-lo a mais um

³ A não utilização deste conceito, vale lembrar, resultaria na proposição de existência de estruturas fixas de personalidade que, mesmo usando jargão psicanalítico, teriam, evidentemente, uma índole psiquiátrica.

freudiano. Segundo esta visão revolucionária, a loucura se encontra, paradoxalmente, no âmago da sanidade humana possível.

Insiste Winnicott, ao longo de sua obra, que a vida individual humana tem início a partir da alternância entre estados calmos e excitados, nos quais o bebê experimenta não-integração – condição muito diversa da desintegração – e estados de continuidade de ser. No contexto das primeiras vivências de continuidade de ser, quando o bebê sequer existe “desde seu próprio ponto de vista”, ganham relevo especial aqueles momentos destinados à alimentação, experiência que provê a nutrição orgânica e ao mesmo tempo o que podemos chamar de chegada do recém-nascido a este mundo.

Dirá Winnicott (1969) que quando tudo corre bem o bebê viverá o ser amamentado como uma *experiência de onipotência*, na medida em que, graças à mãe e - evidentemente, ao ambiente em que esta vive – poderá criar onipotentemente um seio, de acordo com suas necessidades, usando, paradoxalmente, um seio já existente. Viverá, portanto, o que podemos qualificar sucintamente como uma experiência de ser o criador:

"A partir desta experiência de onipotência inicial o bebê é capaz de começar a experimentar a frustração, e até mesmo chegar, um dia, ao outro extremo da onipotência, isto é, de perceber que não passa de uma partícula do universo, um universo que já estava ali antes mesmo da concepção do bebê. (...) Não é a partir da sensação de ser Deus que os seres humanos chegam à humildade característica da individualidade humana? (Winnicott, 1969, p.90)"

Assim, a loucura onipotente não seria uma vicissitude a que estariam sujeitas algumas ou muitas pessoas desafortunadas, mas o cerne, o fundamento paradoxal da sanidade e da maturidade. Não se trataria, evidentemente, de qualquer loucura, mas de uma loucura precisa, de caráter onipotente. Seria, é bom frisar, uma loucura produzida interpessoalmente, a partir de práticas de cuidado materno que, por seu turno, são socialmente sustentadas, e não endopsiquicamente, até porque estamos num momento do desenvolvimento individual em que a própria constituição de um psiquismo se encontra em trânsito. Apesar disso, restaria, entretanto, como fundamental, que o bebê manteria alguma forma de registro desta experiência de ser Deus, que o acompanharia ao longo de sua vida. Paradoxalmente, portanto, seria o pleno e existencial conhecimento de ser Deus aquilo que liberaria o indivíduo das

agonias constantes de viver num universo precário, que nada mais seria do que a beira de um abismo, ou, por outro lado, do desenvolvimento de alguma convicção delirante que, em seus fundamentos, buscaria configurar uma posição existencial onipotente.

Levar em conta esta concepção da loucura como âmago da sanidade traz conseqüências importantes. Uma delas, das mais sérias, diz respeito ao modo como clinicar, especialmente quando temos em mente atendimentos inclusivos em grupos heterogêneos. Se a vivência da loucura onipotente é essencial para o desenvolvimento emocional, faz sentido pensar que oportunidades para sua configuração possam ser fundamentais. Chegamos, assim, a uma importante questão: como organizar atendimentos clínicos que permitam que os pacientes possam viver, alguns deles pela primeira vez, ou reviver, em outros casos, este tipo de experiência?

Ainda que não encontremos esta pergunta formulada do modo que o fazemos, em muitos autores, é possível garimpá-la no estudo de Laing (Friedenberg, 1975), Secheraye (1954) e do próprio Winnicott (1954).

A resposta de Laing (1986) vai no sentido da cuidadosa preparação de um ambiente institucional capaz de albergar experiências de enlouquecimento, a partir das quais o indivíduo entraria em um contacto autêntico consigo mesmo. Estas idéias foram colocadas em prática no Kingsley Hall, revelando-se eficaz mas também altamente custosa em termos do que exigiu de dedicação da parte dos profissionais, que aí viveram como em uma comunidade paralela. A ênfase dos relatos recai sobre a desorganização regressiva do comportamento e menos nos processos de recuperação.

A experiência de Secheraye (1954) é sumamente interessante, porque neste caso a constituição de um *setting* adequado à regressão de uma paciente diagnosticada como esquizofrênica permite que se chegue ao chamado “milagre das maçãs”, que consiste numa experiência de ser amamentada por maçãs que lhe são oferecidas a partir do seio da terapeuta. Neste caso, Renée cria e encontra seio-maçã e leite-maçã, vivendo plenamente uma experiência onipotente, que a terapeuta denominou “realização simbólica”. Winnicott (1959) referiu-se a esta experiência para criticar o uso do termo simbólico, argumentando que a capacidade simbólica só é adquirida pelo bebê em momento bastante posterior. Entretanto, não negou seu efeito mutativo. O trabalho de Secheraye (1954) impressiona, na medida em que convence sobre a possibilidade de recuperação plena de um quadro indiscutivelmente psicótico que tinha, em seu cerne, a questão do sentimento de irrealidade. Entretanto, o custo da experiência, que resultou numa adoção real e efetiva da paciente, mostra que não é passível de ser implantado no contexto da saúde pública. Pensamos, assim, que deve ser aproveitado no sentido de

mostrar o poder curativo da experiência onipotente, a partir da qual a paciente pode abandonar um posicionamento defensivo psicótico.

Finalmente, Winnicott (1954) abordou a necessidade de certos pacientes de usar o *setting* analítico como ambiente no qual regredir, tanto para reviver situações de falha ambiental como para viver com plenitude a situação de dependência absoluta que implicam, como mostramos, no provimento de condições para experiências ilusórias. Trata-se de trabalho exigente e delicado, que demanda uma sólida formação psicanalítica, com caráter muito menos invasivo do que a psicoterapia realizada por Secheraye (1954). Recomenda este autor que o psicanalista seja criterioso na escolha de casos que pode atender, para não se sobrecarregar com várias regressões simultâneas, sempre em enquadres de atendimento individual. Neste caso, há uma maior preservação do terapeuta, uma vez que a regressão se constela no *setting*, mas sua implantação no contexto da saúde pública é evidentemente impraticável. De todo o modo, chamou-nos a atenção o fato deste trabalho não se fundar essencialmente no trabalho da interpretação mas sim no que denominou manejo do *setting*, que consiste na provisão de cuidados análogos aos maternos tendo em vista que algo não-vivido possa vir a ser experienciado. No texto dedicado especificamente a este tema, Winnicott (1954) menciona que fez uma interpretação com seis anos de adiantamento, referindo-se a uma paciente nos seguintes termos:

"Para que o tratamento fosse eficaz, era necessário uma regressão em busca do self verdadeiro. Felizmente, nesse caso, fui capaz de manejar por mim mesmo toda a regressão, sem a ajuda de uma instituição. Decidi no início dar total liberdade à regressão e, exceto uma vez no começo da análise, não foi feita qualquer tentativa de interferir com o processo regressivo que seguia seu próprio curso. Essa única ocasião foi uma interpretação feita por mim, que surgiu do material analítico, sobre o erotismo e o sadismo orais na transferência. Ela foi correta, embora tivesse sido feita com seis anos de antecedência porque eu ainda não acreditava completamente na regressão. Para meu próprio bem, tive que testar o efeito de uma interpretação comum. Quando chegou a hora apropriada para fazer esta interpretação, ela havia se tornado desnecessária. Foram necessários cerca de três a quatro anos pra que a parte mais profunda da regressão fosse

atingida, depois do que se iniciou um progresso no desenvolvimento emocional. Não houve uma nova regressão. Houve uma ausência de caos, apesar de o caos ter sempre sido uma ameaça (Winnicott, 1954, p.461)”.

Constatar que Winnicott afirma, simultaneamente, que é necessário ser psicanalista para levar a cabo tratamentos nos quais a interpretação não desempenha um papel fundamental desnorteia muitos, principalmente porque não compreendem que o fato do método psicanalítico partir da concepção de que todas as condutas humanas são compreensíveis não significa que a emissão de sentenças interpretativas deva ser, forçosamente, o procedimento clínico fundamental. Aqui é bom lembrar que a própria possibilidade de uso produtivo de interpretações exige um desenvolvimento que pode não ter sido alcançado, de modo que uma análise padrão pode acontecer como atendimento ao falso *self*. Além disso, há também que considerar que a questão acerca de qual seria o elemento verdadeiramente promotor da mudança é, ainda, uma questão em aberto, existindo tanto os defensores do insight derivado da interpretação, aqueles que entendem que a interpretação opera pela via da revelação de sintonia emocional entre terapeuta e paciente, e não exatamente por prover insight, até outros que acreditam que são as experiências vividas em análise ou psicoterapia o que verdadeiramente muda o paciente que, apenas posteriormente, adquire insight. Nesta última linha, o insight seria decorrência da mudança e não sua causa, sobrevivendo naturalmente porque é próprio do humano articular suas experiências em termos simbólicos. Como psicanalista existencial, Laing (Friedenberg, 1975) defendeu claramente esta última posição.

O próprio Winnicott (1960) manifestou-se claramente a respeito da possibilidade de alcance de mudança terapêutica sem insight e, deste modo, sem interpretação:

“Não estou inteiramente certo a respeito da ênfase dada ao insight; ele às vezes pode embaraçar a teoria total, pois podem haver casos (...) em que mudanças ocorrem sem insight. Parecer-me-ia que, na primeira infância e no começo da infância propriamente dita, muita coisa acontece sem insight, quer dos pais, quer da criança, e poderia ilustrar isso: fui a uma livraria comprar um livro e o atendente me chamou de lado e perguntou se poderia

debater sobre uma criança comigo. Ele tinha uma criança de dois anos hospedada em sua casa, justamente com a mãe dela. Era uma meninazinha cujos pais muito jovens haviam se separado, de maneira que a criança estava vendo apenas a mãe. O próprio homem tinha uma meninazinha da mesma idade, que estava se saindo muito bem, mas a outra garotinha não suportava vê-lo. Sempre que se aproximava, ela deitava no chão e chorava sem parar. Ele próprio se encontrava em um dilema: deveria tentar estabelecer amizade com ela e, assim, tornar-se um pai substituto, ou simplesmente aceitar a situação e ficar contente com que, pelo menos, a criança estava tendo uma reação manifesta à ausência de seu próprio pai, do qual, evidentemente, ele a lembrava sempre que entrava na sala? Ela acabou por tornar-se muito ligada a ele, mas então ela e a mãe deixaram sua casa e ele se sentiu mal por haver se envolvido, embora não pudesse fazer outra coisa, porque sabia que a criança teria então que sofrer outra perda. O que ele me disse foi que esta experiência havia-lhe proporcionado insights do que estava acontecendo com a sua própria filha. Ele e a esposa não teria sabido quão importante era sua união para sua própria garotinha se não houvessem visto o efeito terrível da separação dos pais sobre a outra menina de dois anos de idade. Eu pensaria que, se não tivessem tido esta experiência, teriam feito um trabalho muito bom como pais e a criança estaria se desenvolvendo bem, mas sem insight, e que o trabalho não teria sido adversamente afetado pelo fato de não ter havido ocasião para insight. De qualquer maneira, não foi conseguido insight pela menina de dois anos, que se achava muito feliz em seu seguro lar. É improvável que nesta idade ela fosse suficientemente crescida para comparar o estado da outra menininha de dois anos com o seu. Penso que na psicoterapia existe algo equivalente e uma declaração, como a que citei, tem-se que deixar espaço para a melhora

clínica que é sólida e permanente, mas, contudo irrelacionada com o insight (Winnicott, 1960, p. 376).”

Experimentando a Onipotência de Modo Protegido

Se as oficinas psicoterapêuticas podem ser acertadamente definidas a partir da apresentação de materialidades, pela provisão de um ambiente de *holding* e por ocorrer preferencialmente em enquadre grupal, sua mais completa conceituação exige que se explicita que tem como objetivo permitir que alguns pacientes possam viver, pela primeira vez, de modo protegido, experiências de onipotência, enquanto outros podem revisitá-las prazerosamente, o que lhes permite descansar da tarefa muitas vezes difícil que é viver. A proteção é obtida pela adoção de uma configuração brincante, segundo a concepção winnicottiana sobre psicoterapia:

“A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que é (Winnicott, 1971, p.59)”.

É interessante lembrar, aqui, que a idéia do brincar foi bastante expandida por Winnicott desde 1951, época em que conceitua o objeto transicional, até a publicação do *Brincar e a Realidade*, vinte anos depois, obra em que eleva o brincar a um “modo de ser”, ao que podemos denominar uma posição existencial. A meu ver, o âmago de todo o brincar são os remanescentes da experiência de ser Deus que animam todos os gestos criadores do indivíduo. Nestes termos, chegar a brincar, que nos torna vivos e reais como humanos, significará, precisamente, manter um fundo onipotente no próprio ser.

Como é possível configurar encontros inter-humanos protegidos que permitam que esta experiência seja vivida fora do período de lactância, lembrando que merecem proteção tanto o paciente como o terapeuta, na medida em que pretende viver como profissional por algumas décadas? Foi em busca de resposta para este tipo de pergunta que chegamos à concepção das oficinas

psicoterapêuticas como forma de atendimento preferencialmente grupal que, em situações específicas, pode vir a ser realizado no contexto individual.

A apresentação de materialidades mediadoras, que ali estão para que objetos possam ser criados/encontrados, fica a serviço da emergência de gestos espontâneos criativos, configurando experiências ilusórias de onipotência. Sustentando o acontecer clínico, o terapeuta evita quebras na continuidade de ser, cuja consequência seria a queda em agonias impensáveis. A criatividade original se materializa literalmente. Tanto o paciente psicótico que não vivenciou a onipotência inicial de modo suficiente, como aquele que teve um bom início de vida, e está apenas brincando de ser Deus, de modo menos decisivo, são beneficiados pela possibilidade de resgate do *self* verdadeiro, a partir do qual o indivíduo poderá se sentir vivo e real.

Por que preferimos que este acontecer clínico se dê em contexto grupal? Além da óbvia necessidade de dar conta o fato deste acontecer se dar em contexto grupal é fundamental nos seguintes termos:

1- porque o ambiente natural em que transcorre a vida humana é essencialmente grupal

2- porque o fenômeno da pessoalização individual resulta e é tributário do fato da natureza humana ser essencialmente gregária/ o processo de subjetivação pelo qual o recém nascido passa a existir desde o seu próprio ponto de vista, ao longo das linhas do desenvolvimento individual, tem raízes na coexistência humana originária

3- porque puérperas e recém-nascidos não necessitam retirar-se do convívio humano para que se estabeleça entre ambos uma relação dual

4- porque a presença de outros seres humanos no ambiente do recém- nascido, ou do paciente mais regredido, não interfere de modo algum em sua experiência, a qual depende do seu grau de desenvolvimento e da possibilidade de contar com *holding* ambiental adequado

5- porque os modos pelos quais os outros são transferencialmente vividos depende, essencialmente, da maturidade de cada paciente, de modo que aqueles que necessitam vivenciar relações duais, triangulares ou formas mais amplas de sociabilidade, poderão encontrar no espaço grupal ambiente um ambiente suficientemente bom

6- porque a conjunção entre grupo e materialidade ajuda o terapeuta a sustentar o acontecer clínico, protegendo-o contra desgaste emocional excessivo

7- porque a situação grupal é, por sua própria natureza, um antídoto natural contra a queda no abismo das agonias impensáveis, uma vez, que pode ser descrita como um cair eterno num espaço infinito durante o qual se perde o contato com a própria corporeidade e com os outros humanos. Ou seja, simplesmente por manter feições humanas, o ambiente grupal, por pior que seja, em qualquer momento, é mais benéfico o que a perspectiva de banimento radical do acontecer humano característico das experiências de agonia. Este é, aliás, o motivo pelo qual surgem muitas manifestações de violência, que são sempre melhores do que o estar perenemente isolado num espaço vazio e silencioso.

Configurando-se, assim, como um ambiente brincante no qual o gesto onipotente pode ocorrer protegidamente, as oficinas psicoterapêuticas permitirão, a partir da conjuração da loucura inicial, a retomada dos processos de desenvolvimento:

“No desenvolvimento inicial do ser humano, o meio ambiente que se comporta suficientemente bem, que faz uma adaptação ativa suficientemente boa, possibilita a ocorrência do crescimento pessoal. Os processos de self podem então continuar ativos, em uma linha ininterrupta de crescimento vivo. Se o meio ambiente não se comporta suficientemente bem, o indivíduo fica então ocupado em reagir à invasão e os processos do self são interrompidos. Se este estado de coisas chega a um limite quantitativo, o cerne do self começa a ser protegido; há uma interrupção, o self não pode fazer um novo progresso, a não ser até que a situação de fracasso ambiental seja corrigida da forma como descrevi. Com o verdadeiro self protegido, desenvolve-se um falso self, construído sobre uma base de defesa-submissão, a aceitação da reação à invasão. O desenvolvimento de um falso self é uma das organizações defensivas mais bem sucedidas em termos de proteção do cerne do self verdadeiro e sua existência resulta na sensação de futilidade. Gostaria de me repetir e dizer que, enquanto o centro operacional do indivíduo está no falso self, há uma sensação de futilidade e, na prática, a mudança para um sentimento de que a vida vale à pena surge no momento em

que o centro operacional passa do self falso para o self verdadeiro. (Winnicott, 1954, p. 477).

Qual seria o papel da interpretação neste contexto de pensamento? A interpretação, enquanto processo de atribuição de sentidos às condutas humanas, faz parte do modo humano de ser e ocorre frequentemente nas sessões grupais – como, de resto, na vida. Podem não assumir a forma comum da sentença interpretativa daquele que pratica a análise clássica, mas nem por isso deixa de ser interpretação. Não são proibidas, nem poderiam ser, na medida em que o atendimento prevê a livre expressão dos participantes. Não será, contudo, ativamente buscada pelo terapeuta, nem lhe serão atribuídas virtudes curativas. Antes, consideraremos que ocorrerão naturalmente como efeito natural das mudanças existenciais conquistadas, sem se configurarem como instrumentos a partir dos quais os pacientes mudam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bercherie, P. *Structure et Historie du Savoir Psychiatrique*. Belgique, Navarin, 1980.
- Bleger, J.(1963) *Psicologia de la Conduta*. Buenos Aires, Paidos, 2001.
- Freud, S. (1900) *La Interpretación de los Suenos*. Traducción Jose Lopez Ballesteros y De Torres. Obras Completas. Madrid, Biblioteca Nueva, 1948.
- Freud, S. (1916) *Introduccion al Psicoanálisis*. Traducción Jose Lopez Ballesteros y De Torres. Obras Completas. Madrid, Biblioteca Nueva, 1948.
- Friedenberg, *As Idéias de Laing*. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo, Cultrix, 1975.
- Jaspers, K. (1913) *Psicopatologia Geral*. Tradução Samuel Pena Reis. Rio de Janeiro, Atheneo, 1987.
- Laing, D. *Sagesse, Déraison et Folie*. Trad. Brice Matthieussem et Catherine Cassin. Paris, Du Seuil, 1986.
- Politzer, G. (1928) *Critique des Fondements de la Psychologie*. Paris, PUF, 2003.
- Roudinesco, E. et Plon, M. *Dicionário de Psicanálise*. Tradução Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998.
- Séchéraye, M. *Introducion à la psychothérapie des schizophrènes*. Paris PUF, 1954.
- Winnicott, D.W. Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Setting Analítico. Da Pediatria à Psicanálise. Tradução Jane



Russo. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978.

Winnicott, D.W. (1960) Virginia Axline – Um Comentário sobre Play Therapy. In C. Winnicott, R. Shepherd e M. Davis. *Explorações Psicanalíticas*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

Winnicott, D.W. (1959) Virginia Axline – O Destino do Objeto Transicional. In C. Winnicott, R. Shepherd e M. Davis. *Explorações Psicanalíticas*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

Winnicott, D.W. (1971) *Playing and Reality*. London, Tavistock/Routledge, 1991.