

**HAROLDO TUYOSHI SATO**

**PRÁTICAS PSICANALÍTICAS EM INSTITUIÇÃO**  
**OFICINA DE ARRANJOS FLORAIS**

*Dissertação apresentada ao Instituto de  
Psicologia da Universidade de São Paulo como  
parte dos requisitos para a obtenção do título  
de Mestre em Psicologia*

**São Paulo-SP**

**2001**

**Dedicatória:**

**À Cristina, minha companheira de todas as horas.  
Ao meu pai, esteio de minha vida.**

**Agradecimentos;**

**À Tânia Maria José Aiello-Vaisberg, orientadora da dissertação de mestrado, que se transformou neste livro.**

**Poema introdutório**

*À sombra do caminho da montanha  
Uma flor delicada, cujo nome ignoro  
Roubou meu coração*

*Mokiti Okada*

## RESUMO

Sato, Haroldo Tuyoshi. *Práticas Psicanalíticas em Instituição: Oficina Terapêutica de Arranjos Florais*. São Paulo, 2001, 122 p. Tese (Mestrado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

O presente trabalho visa a relatar a experiência clínica que venho desenvolvendo institucionalmente, há mais de cinco anos, inicialmente no atendimento a pacientes considerados como psicóticos e neuróticos graves e, posteriormente, a pessoas que receberam outros diagnósticos psicopatológicos por meio do uso de arranjos florais com flores vivas. Proponho-me, ainda, a articular esta narrativa ao pensamento de Nise da Silveira, Donald Woods Winnicott e Mokiti Okada, o que demandou o resgate de outros antepassados intelectuais- Jung, Laing e Basaglia. A meu ver, tais autores desenvolveram obras singulares e alicerçadas em suas próprias experiências, sendo possível, contudo, estabelecer entre elas certa sintonia, a qual tem me possibilitado refletir sobre minha clínica. Meu intuito é, assim, demonstrar que essa prática institucional é potencialmente mutativa, através de um procedimento dialógico-reflexivo contínuo entre minha experiência clínica pessoal e as contribuições dos autores citados.

Palavras chaves: Psicoterapia; Arte-Terapia; Psicologia junguiana; Psicanálise, Organizações; Okada, Mokiti (1882-1955); Fenomenologia; Psicose.

## ABSTRACT

This research has the objective of relating the clinical experience that I have been developing institutionally for over five years, at first attending patients considered as psychotic and neurotic and, later on, people who received other psychopathologic diagnosis by the use of floral arrangements with living flowers. I also propose to articulate this relate to the Nise da Silveira's, Donald Winnicott's and Mokiti Okada's thinking and this demanded the remembers of others intellectual ancestors – Jung, Laing and Basaglia. By my view, these authors developed singular works, based on their own experiences. It's possible otherwise to establish between them some sintony which has permitted me to think over my clinics. My intention is showing that this institutional practice is potentially mutable through continuous dialogical-reflective proceeding between my personal clinical experience and these authors' contributions.

Key words: Psychotherapy; Art therapy; Jungian Psychology; Psychoanalysis; Organizations; Okada, Mokiti (1882-1955); Phenomenology; Psychosis.

## Prólogo

Muitas vezes um psicoterapeuta como eu é profundamente tocado pelas pessoas que atende. Isso me aconteceu, certa vez, quando fui presenteado com o sorriso de Alice. Na primeira vez que eu a vi, ela estava sentada com a mãe, esperando o início de um grupo de acolhimento de familiares de pacientes psicóticos, que um psicólogo e uma estagiária de psicologia começariam. As duas tinham uma tez moreno-escura e estavam sentadas uma ao lado da outra. O contraste era o tamanho e a cor do cabelo das duas. A mãe era uma senhora muito pequena e magra, de cabelos quase que totalmente brancos e uma face sensível com olhos vivazes por detrás de óculos redondos de armação de plástico; a filha tinha uma compleição forte, era obesa e tinha estatura mediana, além de cabelos totalmente pretos e olhos assustados e esbugalhados, como se fitassem algo que sempre lhe trazia medo. Alice estava mal naquele dia, com delírios persecutórios que a faziam ficar com medo de se separar da mãe. Por isso, antes de entrar para a grande sala onde se fazia o grupo, a mãe insistiu para que a filha participasse dessa vez junto com ela. Apesar de não ser a norma do grupo, ao verem o estado de Alice, os coordenadores permitiram que, daquela vez, ela participasse junto com a mãe.

Eu havia observado aquelas duas pessoas porque logo começaria a participar como co-terapeuta do grupo. Naquele dia, não entraria na sala porque o psicólogo e a estagiária iriam informar ao grupo que eu começaria a participar do grupo seguinte.

Após o término do grupo, o psicólogo e a estagiária me chamaram para que eu pudesse participar da discussão sobre o transcórre do mesmo. Ao entrarem, os dois discutiam sobre a simbiose que ambas tinham estabelecido entre elas e que algo deveria ser feito para ser mudada essa situação. Nas próximas sessões, só os familiares participariam, definiram os coordenadores, pois o grupo era para eles. Deveria haver um limite para separar a paciente e a mãe. Isso tudo dentro de uma conceituação lacaniana que o psicólogo e a estagiária seguiam ao conduzir o grupo, no qual eu seria introduzido na semana seguinte.

Comecei, então, a participar do grupo, como co-terapeuta. Alice ficava do lado de fora da sala, apesar do seu desejo era estar dentro dela. Porém, uma mudança súbita ocorrera logo nesse mês: primeiramente, a estagiária que voluntariamente participava do grupo tinha conseguido uma ocupação remunerada e não poderia mais ajudar a co-coordenar o grupo; segundo, o coordenador do grupo havia sido designado pela Secretaria de Saúde a ocupar um cargo de chefia, o que o impedia de continuar sendo o terapeuta principal do grupo.

Assumi, então, o grupo de família meio temeroso. Temia que, por não ter formação anterior de grupo, tivesse dificuldade de conduzi-lo, apesar de o número de familiares não ser muito grande. Eram mais ou menos cinco por sessão grupal. O grupo era uma experiência enriquecedora, em que eu procurava estimular principalmente o compartilhar de suas experiências. Essa maneira de trabalhar, ouvindo mais os familiares do que os interpretando, levou-os a se abrirem gradualmente no grupo, malgrado a troca de

terapeutas. Logo uma história, ao mesmo tempo trágica e heróica de Alice e de sua mãe, começava a transparecer.

Alice havia sido uma criança problemática desde o início. Os pediatras haviam diagnosticado oligofrenia. A criança começara a ter um comportamento paranóico, durante o qual muitas vezes partia para a agressão contra as pessoas que por ela eram consideradas persecutórias. Essas crises eram freqüentes, o que levou a mãe a procurar auxílio no tratamento psiquiátrico ambulatorial. Apesar da precariedade desse, ela vinha mantendo a filha distante das internações psiquiátricas, por medo de que ela fosse maltratada. Assim a mãe a vinha mantendo em sua própria casa, apesar de ela sempre levar Alice quando saía. A mãe, porém, se revoltava com a discriminação que as pessoas faziam de sua filha na rua. Essa manifestação era expressa muitas vezes na forma de xingamentos e gracejos a Alice.

Porém a experiência mais dolorosa para Alice e sua mãe foi a vez em que um motorista de ônibus deu a partida antes que ela conseguisse subir. Alice foi arrastada por uma centena de metros, o que lhe causou vários ferimentos nas pernas. O motorista só pararia depois dos protestos da mãe e de outros usuários do coletivo. Posteriormente, a mãe, indignada, processou a empresa de ônibus. Mas o processo corria na justiça sem uma definição. Toda essa história fizera o quadro persecutório de Alice piorar e a levava a freqüentes crises paranóicas em que por vezes, enxergava a própria mãe como objeto persecutório. A mãe contornava essas crises com um misto de compreensão e firmeza, apesar da gravidade do quadro psicopatológico de Alice. A mãe, contudo, se ressentia desse exercício, pois já não contava com o marido, falecido há alguns anos. Ela relatava que o pai de Alice a ajudava muito durante as crises da filha. Ele possuía uma forma de se conduzir junto à paciente que era semelhante a de sua esposa. Misturava, pois, firmeza com compreensão. O desamparo da mãe era maior devido ao fato de que o irmão de Alice, apesar de morar vizinho a ela, não ajudava nada nos períodos de crise. Ele e sua esposa evitavam freqüentar a casa de Alice. Durante a ocorrência das crises dela, chegavam a negar ajuda quando a mãe pedia. Isso era muito doloroso para ela. Através do relato da mãe, no grupo de família, tive condição de conhecer melhor a história de Alice. Dado o quadro psicológico e social dessa paciente, que inspirava cuidados, resolvemos convidar a paciente a participar do grupo de ikebana. A paciente mostrou-se resistente no início, todavia a mãe insistiu na idéia e acabou trazendo-a para participar da oficina.

Alice começou a participar como sempre, desconfiada, feição rígida e séria. Dizia poucas palavras, geralmente para indicar que não estava bem. Ao fazer o vaso e o arranjo, ficava entretida e, o mais importante, seus gestos eram delicados. Por vezes, ela acariciava a flor, deixando sua mão debaixo dela, como se a estivesse sustentando. Aquela face pétrea, séria, relaxava e esboçava um sorriso que, por fim, efetivava-se ao manusear as flores. O olhar esbugalhado desaparecia e ela examinava com carinho as flores, parecendo conversar com elas. Alice, a que nunca mostrava seu sorriso, sorria com satisfação, naturalmente. Terminado o arranjo, ela mostrava seu contentamento, sua emoção de fazer algo que era seu. Alice continuou a participar das oficinas por cerca de um ano. Sempre continuou com esse sorriso, quando lidava com as flores. Mas não continuava com ele fora da sala. Sua face continuava sempre séria. Apesar de tudo, houve uma melhora em seu quadro psicopatológico. As crises foram tornando-se mais raras. Pessoas como Alice têm motivado o estudo e a pesquisa de práticas clínicas, terapêuticas e psicoprofiláticas capazes não apenas de diminuir o sofrimento humano que se expressa psiquicamente, mas ainda de

buscar transformações que permitam fazer com que a vida possa ser vivida de modo mais íntegro, presente e criativo. O presente trabalho inscreve-se na linha desses esforços.

Essa dissertação reflete, obviamente, o meu percurso. Todas as partes que a compõem são importantes e necessárias ao tipo de transmissão que desejo fazer. Entretanto, como as flores de um arranjo, poderiam estar posicionadas de uma ou outra forma. Assim, tanto seria possível partir dos relatos da experiência clínica, para a interlocução com antepassados intelectuais, passando pelas reflexões e relatos clínico-institucionais, como fazer seu oposto. Optei por oferecer, inicialmente, uma visita àqueles autores que a mim têm fornecido a sustentação teórica e filosófica que todo o trabalho clínico requer, ainda que tal sustentação nem sempre esteja clara para o profissional. Assim, exponho nos capítulos de um a quatro, as contribuições de Laing, Jung, e Mokiiti Okada, salientando que o diálogo com o filósofo japonês, por si só, já me conduziu a uma breve interlocução com o pensamento de Bergson e Merleau-Ponty. A seguir, apresento uma parte dedicada à descrição e reflexão sobre os aspectos clínicos e institucionais envolvidos na minha prática, composto por quatro capítulos. Como leitor constatará, retomarei, de modo mais próximo, meu diálogo com Nise da Silveira, além de uma visita indispensável ao texto basagliano. No sétimo capítulo articulo o uso clínico dos arranjos florais de Mokiiti Okada com as contribuições winnicottianas e niseanas. Em seguida, há o relato de um caso clínico, que é oferecido como uma narrativa reflexiva, no intuito de familiarizar o leitor com esse universo clínico.

Arremato o trabalho substituindo as usuais conclusões por um breve capítulo destinado às perspectivas futuras, já que acredito que esse é um caminho clínico essencialmente promissor. Finalmente, quero salientar que, sendo essa a ordem proposta, não seria de maneira nenhuma impossível seguir, a partir desse prólogo, diretamente para a leitura da narrativa clínica, para posteriormente acompanhar as articulações propostas em outros capítulos.

O presente trabalho visa a relatar a experiência clínica que venho desenvolvendo institucionalmente, há mais de cinco anos, inicialmente no atendimento a pacientes considerados como psicóticos e neuróticos graves e, posteriormente, com pessoas portadoras de outros tipos de patologias, por meio do uso de arranjos florais com flores vivas. Proponho-me, ainda, a articular esta narrativa ao pensamento de Nise da Silveira, Donald Winnicott e Mokiiti Okada. A meu ver, tais autores desenvolveram obras singulares e alicerçadas em suas próprias experiências. É possível, contudo, estabelecer entre elas certa sintonia, a qual tem me possibilitado refletir sobre o trabalho que exerço.

Meu intuito é, assim, verificar, com rigor, se essa prática institucional é potencialmente mutativa e, em caso afirmativo, buscar compreender as razões que tornam possível a mudança terapêutica.

Vou relatar as circunstâncias que me levaram a usar o arranjo floral com flores vivas inicialmente como meio expressivo em psicoterapia para pacientes psicóticos, em instituições de saúde mental. Posteriormente, utilizei essa forma de atendimento para pacientes com outros tipos de distúrbios psicopatológicos e em outras circunstâncias institucionais.

Sou psicólogo e, ainda como estudante da graduação, interessei-me pelo fenômeno da psicose. O primeiro contato real com ela deu-se nos estágios do curso de psicopatologia,

durante a graduação. Lembro-me, na época, ter feito visitas a dois equipamentos psiquiátricos. Um era um hospital psiquiátrico privado, conveniado ao antigo INAMPS, e o segundo era uma pensão protegida privada, destinada à clientela de classe média-alta. Deparei-me com diferentes realidades institucionais e humanas nesses equipamentos.

O primeiro equipamento, um hospital psiquiátrico na periferia de São Paulo, era situado num lugar aprazível, cercado de verde. Porém, ao entrevistar os pacientes, vestidos nos aventais do hospital, descobrimos outras realidades. Os pacientes estavam internados há muito tempo, a maioria por períodos superiores há seis meses. Eles não dispunham de assistência psicológica regular, nem de atividades de terapia ocupacional, ou tampouco de um cuidado mais interessado por parte da enfermagem. As consultas do médico, que eram muito eventuais, tinham apenas o objetivo de acertar a medicação. Os pacientes se mostravam apáticos e desinteressados, como se estivessem em outro espaço-tempo. Viviam como se encontrassem eternamente exilados da nossa realidade. Ao encerrar a visita, conversamos com médico responsável pelo hospital. Do alto de sua formação organicista, notamos que ele não tinha maior interesse pelo lado humano dos seus pacientes. Parecia que os considerava organismos defeituosos e achava que o que oferecia aos pacientes era muito.

O segundo equipamento, a pensão protegida, funcionava como uma enfermaria de curta permanência para pacientes em crise e um hospital-dia para pacientes que necessitassem de uma hospitalidade parcial. Era localizada num local central da cidade. As internações eram curtas, variando entre uma semana e um mês. Os pacientes tinham direito de conservar suas roupas e seus pertences pessoais. Faziam acompanhamento com psicólogo. Eram desenvolvidos vários grupos terapêuticos para os pacientes internados e do hospital-dia, além de grupos para os familiares dos pacientes. Apesar de a responsável ter uma visão da psicose como doença orgânica, não descuidava do seu aspecto psicológico.

A despeito de nessa visita termos tido pouco contato com os pacientes, notamos que havia menos apatia por parte deles do que no hospital psiquiátrico. Impressionou-me a diferença de tempo de internação entre os equipamentos. Outra questão que chamou muito a atenção foi a diferença no tratamento, de forma geral, e a postura profissional dos responsáveis. Parecia que havia um paralelo entre a concepção de doença mental do responsável técnico e a realidade institucional do lugar.

A partir desse momento, debrucei-me no estudo da psicose, buscando entender tanto o processo interno da doença quanto as formas institucionais de tratamento. Pessoalmente, tinha muitas críticas aos modelos organicistas e behavioristas. Na minha adolescência e juventude, havia estudado alguns autores das áreas de psicologia e filosofia, como R. D. Laing, e dava valor a abordagens que privilegiassem o aspecto interior da experiência. Por isso, no que concernia à psicose, procurei autores que abordassem o problema a partir dessa ótica. O primeiro capítulo dessa dissertação será devotado ao estudo da abordagem antipsiquiátrica ao fenômeno da psicose, centrado no estudo da contribuição lainguiana.

Esse estudo foi feito durante o período da faculdade, em que cursei algumas disciplinas que expunham a visão de alguns autores em relação à psicose, como Freud, Jung, Klein e Lacan. Interessei-me também pelo estudo da inter-relação das instituições com a psicose, através do estudo que realizamos sobre Foucault (1987) e sua *“História da Loucura”* em uma disciplina do terceiro ano.

Como era um tema que me interessasse muito, comecei a estudar a psicose por conta própria, lendo alguns autores que abordavam o fenômeno. Entre eles, estudei Franco Baságli, Alfredo Moffatt, Enrique Pichon-Rivière, José Bleger e Nise da Silveira. Li, também, Jung, de forma mais profunda, pois esse autor havia me interessado sobremaneira. Conjuntamente com Nise da Silveira, eram minhas leituras preferidas. Em Jung interessava-me a compreensão profunda do fenômeno psicótico. Devotarei o capítulo 2 dessa dissertação para o estudo de aspectos da contribuição desse autor em relação à psicose. Em Nise da Silveira, interessava-me seu revolucionário percurso, que a fez andar na contramão da psiquiatria de seu tempo. Seu caminhar produziu profundas modificações institucionais e o estabelecimento de um método psicoterapêutico para pacientes psicóticos, levado a cabo por dezenas de anos e que se mostrou de uma profundidade clínica intensa. O estudo sobre a contribuição dessa autora ao entendimento do fenômeno da psicose constituem os capítulos 5, 6 e 7 dessa dissertação.

Ao mesmo tempo em que eu fazia a faculdade, praticava a ikebana, mas num estilo acadêmico convencional, onde o arranjo feito já era formalmente pré-determinado. Havia uma série de receitas para se fazer um arranjo vertical, oblíquo ou horizontal, no qual se determinavam tamanho do galho, número de galhos a serem utilizados e sua angulação. Depois de dois anos cursando essa academia, desisti de prosseguir com ela. Porém, o manejo com as flores fez-me aproximar delas e passei a fazer arranjos florais com frequência. Imaginava se, um dia, poderia aplicar a ikebana de maneira semelhante à que Nise da Silveira fez com a pintura, mas não sabia como.

Pouco tempo depois de terminar a faculdade, em 1993, inscrevi-me em um concurso público que a Prefeitura de São Vicente havia aberto para preenchimento de seis vagas para psicólogo. Como na época não tinha um emprego fixo, pois trabalhava apenas como estagiário numa pesquisa de validação de um teste cognitivo, prestei-o. Para minha surpresa, fui aprovado em uma boa colocação, o que me permitiu escolher entre três locais de trabalho: o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) que era uma instituição de assistência integral à saúde mental, o Centro de Saúde de São Vicente ou o Centro de Reabilitação para pessoas portadoras de deficiências físicas ou mentais.

Como eu tinha um interesse pessoal maior na psicose, acabei escolhendo o trabalho no NAPS. No Centro de Saúde, que era também chamado de Centro de Especialidades Médicas, eu sabia que o trabalho psicológico seria mais convencional, pois trabalharia principalmente com pacientes neuróticos e psicossomáticos. Em relação ao trabalho com pessoas portadoras de deficiência, era algo que não me atraía particularmente na época.

Outro fator que me atraiu para trabalhar no NAPS é que essa instituição, baseada nos Centros de Saúde Mental criados por Franco Baságli na Itália, propunha uma nova modalidade de assistência à psicose que era considerada revolucionária. Queria conhecer e aprender algo sobre esse modelo, que se coadunava com minha visão de como uma instituição de assistência à saúde mental deveria ser.

Ao entrar na instituição, porém, ela estava em crise, motivada por dois fatores. O primeiro fator era que a Prefeitura do Município não tinha condições financeiras de abrir mais dois NAPS, que seriam necessários para desenvolver uma territorialização do projeto de saúde mental. Os NAPS foram criados para atender a uma população entre 70 a 80 mil

pessoas, e o NAPS-Mater de São Vicente atendia a uma população de cerca de 250 mil pessoas.

Outro fator de crise era que a equipe estava sendo renovada. Essa equipe era multidisciplinar e composta de 10 psiquiatras, 06 psicólogos, 22 auxiliares de enfermagem, 02 enfermeiros e 1 assistente social, além de pessoal de apoio (escriturárias, serventes, vigias, etc.) Fora criada por uma equipe que havia sido transferida do centro de especialidades (psicólogos e psiquiatras, principalmente) e profissionais que tinham sido contratados em regime de emergência. Ambos os grupos estavam sendo demitidos, porque mesmo o primeiro grupo de profissionais que trabalhava no Centro de Saúde, salvo raras exceções, não era concursado. Alguns profissionais seriam recontratados, desde que tivessem sido aprovados no último concurso. As convocações, no entanto, dependiam da colocação de cada um no concurso. Em relação aos psicólogos, contudo, a renovação tinha sido total.

Ao assumir meu posto na instituição, a demanda por atendimento psicológico era enorme, pois a maioria dos antigos profissionais já havia se demitido. Os antigos profissionais havia sido remanejados contra a vontade deles dos seus postos no Centro de Especialidades, onde estavam acostumados a atender sua clientela, constituída basicamente de pacientes neuróticos. Por esse motivo, reproduziam no NAPS, com pequenas adaptações, o modelo de atendimento que haviam aprendido no Centro de Saúde, basicamente o atendimento individual.

Logo ficou claro para mim que, para poder desenvolver meu papel profissional da melhor forma possível na instituição, teria que, primeiro, desenvolver um trabalho específico para os pacientes que demandavam um maior cuidado. Esses pacientes eram, no caso, os pacientes psicóticos que ou estavam internados ou freqüentavam o Hospital-dia da instituição. Depois, deveríamos usar um tipo de terapia a qual eles pudessem aderir, que se adequasse às suas características psíquicas. Em terceiro lugar, parte do trabalho que eu desenvolvesse deveria ser, de preferência, grupal, visando a abranger o maior número de pacientes, dado o número grande deles que freqüentava o HD (que se situava entre 20 e 30 pacientes diários), além dos pacientes que estavam internados na enfermaria (havia 8 leitos, quase todos sempre ocupados). A proposta teórica de Franco Basaglia e minha vivência dentro de uma instituição que seguia seu pensamento será abordada no capítulo 8 da dissertação, conjuntamente com duas experiências clínicas que acompanhei quando trabalhei nessas instituições.

Nesse momento, veio a idéia de tentar utilizar o tipo de psicoterapia que Nise da Silveira havia desenvolvido com pacientes psicóticos, através de meios plásticos, de forma grupal. Pensava em utilizar a ikebana, que era um meio plástico com o qual eu tinha finidade.

Nessa época, eu tinha voltado a estudar a ikebana. Por sorte, havia me associado à MOA International (Associação Internacional Mokiti Okada), que estava trazendo para o Brasil o estilo de ikebana do filósofo e esteta japonês Mokiti Okada, que havia desenvolvido um estilo livre da ikebana. Ele também era um entusiasta na promoção de atividades artísticas.

Pensei em utilizar a sua forma de fazer arranjos florais, não para fazer ikebana, pois para isso precisaria de vasos de argila, o que era inviável naquela altura, mas para

desenvolver o trabalho do chamado pela MOA de “Círculo da Flor”, onde se utiliza material reciclável como vasos, esponja floral como substrato e se arranjam as flores de maneira livre, seguindo a filosofia de Mokiti Okada.

O fato de a MOA estar utilizando e estimulando o uso de arranjos florais de forma terapêutica também era para mim um alento na tentativa de utilizá-los como método psicoterapêutico em saúde mental. No Japão, os arranjos florais haviam sido introduzidos pela MOA em escolas em que havia dificuldades de relacionamento entre professores e alunos, com bons resultados (Fundación MOA de Okinawa, s. d.). O estudo da contribuição de Mokiti Okada para estabelecimento de um estilo livre de arranjo floral e suas repercussões filosóficas serão objeto dos capítulos 3 e 4 do trabalho. Será também estudado o uso clínico dos arranjos florais no capítulo 7 dessa dissertação.

Por fim, cerca de 2 meses após entrar no NAPS, resolvi arriscar e montar uma oficina de arranjos florais. O atendimento seria feito em grupo. Houve bons resultados logo de início, com pacientes com graves patologias.

Esse início promissor fez-me perseverar em continuar o trabalho. Coordenei o grupo de Ikebana por vários anos em diferentes instituições. Iniciei as oficinas de arranjos florais no NAPS–Mater de São Vicente; posteriormente, desenvolvi este trabalho no Centro de Atenção Psicossocial do Saquare – CAPS, situado na mesma cidade. Prossegui essa atividade no NAPS 1 de Santos, por cerca de dois anos. Mais recentemente, tenho trabalhado com esse tipo de atendimento na Oficina Ser e Fazer do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, assim como no Ambulatório de Saúde Mental de Praia Grande. Em outros locais, desenvolvi oficinas por períodos curtos de tempo, geralmente um mês, com o objetivo de implantar oficinas em que posteriormente as equipes que trabalhavam no local desenvolvessem o projeto. Entre eles estão o CAPS-Itanhaém, o Centro de Reabilitação e Inclusão Social (CRIS) de São Vicente, a Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Guilherme Álvaro, CAPS-2 de Santo André e Ambulatório de Saúde Mental de Mauá. Também produzi vivências terapêuticas breves, com a realização de 1 a 3 oficinas em geral, em associações de bairros, projetos de promoção da cidadania, creches, escolas primárias e secundárias, cursinhos pré-vestibulares, centro municipais de formação de profissionais de saúde, projetos de ressocialização de menores de rua.

Desenvolvi, também, o uso de arranjos florais em terapia individual como recurso adicional em sessões de psicoterapia. Entre os locais em que viabilizei esse trabalho, quer ressaltar a Oficina Ser e Fazer, onde promovi uma aproximação com o pensamento winnicottiano, apesar de manter o referencial junguiano. A aproximação entre o pensamento winnicottiano e o junguiano, principalmente com as proposições teóricas de Nise da Silveira serão parte do sexto e sétimo capítulo dessa dissertação.

Todos esses trabalhos trouxeram um maior entendimento dos fenômenos que ocorrem numa oficina desse tipo. No nono capítulo relatarei uma experiência clínica, com o objetivo de demonstrar as potencialidades desse tipo de atendimento.

Por fim, no último capítulo, esboçarei as possibilidades futuras da oficina de arranjos florais. Proporei ainda um tema teórico, que pretendo desenvolver futuramente, à luz da minha prática nesse tipo de oficina.

Introduzindo o capítulo dos fundamentos teóricos, acredito que o maior obstáculo para a constituição de métodos terapêuticos que possam realmente levar em conta a

experiência do paciente psicótico, dirigindo-o no sentido da cura, são as concepções positivistas e organicistas dentro da psiquiatria. Por esse motivo, iniciarei com a crítica dessas teorias, e a proposição do ponto de vista fenomenológico como contraponto dialético das mesmas.

**teóricos**

# **I - Fundamentos**

## 1. Laing e a crítica existencial-fenomenológica da psiquiatria organicista

Acredito que o maior problema que enfrentei, trabalhando em instituições de saúde mental, foi o grande número de colegas que, partindo de uma formação organicista, desenvolveram uma visão sobre a psicose como uma doença de fundo exclusivamente orgânico<sup>1</sup>. Laing (1978) critica essa visão:

*“Considerado como um organismo, o homem não pode ser mais que um complexo de coisas, de its, e os processos que compreendem em última análise um organismo são processos de its. Existe a ilusão generalizada de que se amplia a compreensão de uma pessoa caso se possa traduzir esta compreensão pessoal nos termos impessoais de uma seqüência, ou sistema de processos de its. Mesmo na ausência de justificativas teóricas permanece uma tendência a traduzir nossa experiência pessoal do outro como pessoa num relato despersonalizado. Nós o fazemos até certo ponto ao utilizarmos uma analogia mecânica ou biológica em nossa ‘explanação’. Note-se que não estou objetando contra o uso de analogias mecânicas ou biológicas como tais, e nem mesmo contra o ato intencional de considerar o homem como uma máquina ou um animal. Minha tese limita-se à alegação de que a teoria do homem como pessoa fica anulada se cair na descrição do homem como máquina, ou do homem como um sistema orgânico de processos de its.”* (Laing, 1978, pp. 21 e 22- o grifo é do autor)

Essa compreensão organicista da doença leva o profissional a ver o paciente como um ser totalmente distinto de si, um objeto. Isso, segundo Laing (1978), leva a uma despersonalização do paciente e a uma ciência que, apesar de pretensamente objetiva, é defensiva e esquizóide:

*“Pode-se reafirmar que é impossível ser científico sem manter a ‘objetividade’. Uma ciência genuína da existência pessoal deve evitar o mais possível ser tendenciosa. A física e outras ciências das coisas devem conceder à ciência da pessoa o direito de ser imparcial de modo que se coadune com o seu campo de estudo. Caso se afirme que para ser imparcial é preciso ser ‘objetivo’ no sentido de despersonalizar a pessoa que é “objeto” de nosso estudo deve-se resistir vigorosamente a qualquer tentação de fazê-lo sob a impressão de que assim se está sendo científico. A despersonalização numa teoria que pretende ser da pessoa é tão falsa como a despersonalização esquizóide dos outros e é igualmente, em última análise, um ato intencional. Embora realizada em nome da ciência, tal objetivação proporciona um falso ‘conhecimento’ e é uma falácia tão patética quanto a falsa personalização das coisas.”* (Laing, 1978, pp. 23 e 24)

---

<sup>1</sup> Devo relatar em relação a este tópico, que tenho muitos colegas que tiveram uma formação organicista, e que até se filiam a essa teoria, mas que na sua prática desenvolveram uma compreensão intuitiva dos mecanismos emocionais da psicose, promovendo uma assistência bastante adequada a seus pacientes.

Essa concepção de ciência leva a uma prática profissional em que há uma cisão radical entre o sujeito e o objeto. O paciente torna-se função de manipulação instrumental dentro do campo comportamental do psiquiatra. Segundo Laing (1978):

*“Os textos-padrão convencionais contêm descrições do comportamento de pessoas num campo comportamental que inclui o psiquiatra. O comportamento do paciente é, até certo ponto, uma função do comportamento do psiquiatra no mesmo campo comportamental. O paciente padrão da psiquiatria é uma função do psiquiatra padrão e do manicômio padrão. O friso, por assim dizer, que sublinha toda a grande descrição da esquizofrenia feita por Bleuler é a observação de que no final das contas os esquizofrênicos eram para ele mais estranhos que os pássaros do seu jardim.”* (Laing, 1978, p.28)

A cisão radical entre o sujeito e objeto dá, a quem a pratica uma importante vantagem, que é uma certa segurança e comodidade no procedimento considerado científico. Assim argumenta Laing (1978):

*“Bleuler, conforme sabemos aproximava-se de seus pacientes como um clínico não psiquiatra se aproximaria de um caso clínico – com respeito, cortesia, consideração e curiosidade científica. O paciente, porém, é doente no sentido médico e é preciso diagnosticar sua condição observando os sintomas da doença. Este **approach** é considerado tão justificável por tantos psiquiatras que eles talvez achem difícil compreender a que me refiro. Existem agora, naturalmente, várias outras escolas de pensamento, mas essa é ainda a mais extensa no país. É certamente o **approach** considerado óbvio pelos não-médicos. Refiro-me aqui todo o tempo a pacientes psicóticos (...). Os psiquiatras a ele agarram-se ainda na prática, embora prestem assim tributo a idéias, pontos de vista e maneiras incompatíveis. Este **approach** contém tanta coisa de valor, e também tão segura, que qualquer um tem o direito de examinar bem de perto toda opinião no sentido de que uma atitude profissional clínica desta espécie talvez não seja absolutamente obrigatória e até mesmo imprópria em determinadas circunstâncias. A dificuldade não consiste apenas em observar evidências dos sentimentos do paciente revelados no seu comportamento. O bom médico clínico levará em conta o fato de que, estando seu paciente ansioso, a pressão estará um pouco mais alta que de costume, o pulso mais rápido que o normal, e assim por diante. O essencial na questão é que quando se examina ‘o coração’, ou mesmo todo o homem como um organismo, não se está interessado na natureza dos próprios sentimentos com respeito ao doente; sejam quais forem, tornam-se irrelevantes, sem valor. Conserva-se uma visão e uma atitude mais ou menos de acordo com os padrões profissionais .”* (Laing, 1978, pp. 28 e 29- o grifo é do autor).

Portanto, a doença, do ponto de vista clássico, ganha corpo em detrimento do ser humano que está através dele<sup>2</sup>. No caso da psicose, essa cisão entre sujeito e objeto, entre o agente da autoridade psiquiátrica e o paciente é maior ainda, devido ao fato de o psicótico não atingir um padrão de normalidade em termos culturais. Isso dá origem à uma visão e linguagem discriminatórias. Laing (1978) assim colocou o problema:

*“Outra característica do atual jargão psiquiátrico é falar da psicose como **falha** no ajuste social ou biológico, **inadaptação** de determinada espécie particularmente radical, perda de contacto com a realidade, **falta de insight**. Segundo Van den Berg (1955), esse jargão é um verdadeiro ‘vocabulário de difamação’. A difamação não é moralista, pelo menos no sentido do século dezenove; na verdade, a linguagem é, de diversos modos, o resultado de esforços para evitar pensar em termos de liberdade, escolha, responsabilidade. Mas implica num certo padrão de ser humano que o psicopata não pode alcançar.”* (Laing, 1978, p. 27)

A descrição do exame psiquiátrico de um paciente, ocorrida numa aula que Kraepelin (1905), um dos maiores expoentes da psiquiatria clássica, deu aos seus alunos, é esclarecedora desse ponto de vista redutivo e preconceituoso. Ela mostra um enorme distanciamento do médico em relação ao paciente:

*“O paciente que hoje apresento a vocês entra na sala quase carregado, pois caminha como se estivesse montado, apoiado na parte externa dos pés. Ao entrar, atira longe os chinelos, canta em voz alta um hino e depois grita duas vezes (em inglês) ‘Meu pai, meu verdadeiro pai!’ Tem dezoito anos, é aluno da Oberrealschule (escola secundária moderna), alto, relativamente forte, mas de fisionomia pálida, onde surge a intervalos um rápido rubor. O paciente senta-se de olhos fechados, sem prestar a menor atenção ao ambiente onde se encontra. Não abre os olhos nem quando se dirigem a ele, mas responde começando em voz baixa e depois gradualmente aumentando o tom, até gritar bem alto. Quando lhe perguntam onde se encontra, responde: ‘Também querem saber isso? Direi quem está sendo observado, é observado e será observado. Sei tudo isso e poderia dizer, mas não quero’. Quando perguntam seu nome grita: ‘Como se chama? O que é que ele fecha? Fecha os olhos. Que é que ele ouve? Não compreende; não compreende. Como? Quem? Onde? Quando? Que é que ele quer dizer? Quando lhe digo para olhar, ele não olha direito. Você aí, olhe! Que foi? Que aconteceu? Preste atenção; ele não presta. Que*

---

<sup>2</sup> Neste ponto, há um paralelo entre a concepção de Laing e a de Franco Basaglia. Segundo Basaglia: *“Assim, quando digo: este indivíduo é um **esquizofrênico** (com tudo quanto o termo implica, por razões culturais), relaciono-me com ele de um modo particular, sabendo que a esquizofrenia é uma doença contra a qual nada se pode fazer: minha relação não irá além daquilo que se espera diante da ‘esquizofrenicidade’ do meu interlocutor. Assim se compreende como, sobre estas bases, a velha psiquiatria relegou, aprisionou e excluiu esse doente, para o qual pensava não existirem meios nem instrumentos de cura. É por essa razão que se torna necessário focar esse doente de um modo que coloque entre parênteses a sua doença: a definição da síndrome já assumiu o peso de um juízo de valor, de um rótulo, que vai além do significado real da própria enfermidade.”* (Basaglia, 1994, p.28-o grifo é do autor)

*foi que houve, então? Por que não me responde? Está ficando novamente atrevido? Como pode ser tão atrevido? Já vou! Eu lhe mostrarei! Você não quer se prostituir para mim!*

*Nem seja esperto também. Você é um sujeito atrevido, sujo, tão atrevido e tão sujo como nunca vi. Já recomeçou? Você não compreende nada absolutamente, nada absolutamente, nada absolutamente ele compreende. Se seguir agora, ele não seguirá, não seguirá, não seguirá. Está ficando cada vez mais atrevido. Como prestam atenção, eles prestam atenção, etc. E no final, ralha em sons quase inarticulados’.*

*Embora compreendesse, sem dúvida alguma, todas as perguntas, não forneceu um só fragmento de informação útil. Sua fala era... apenas uma série de sentenças desconexas, sem qualquer relação com a situação geral.” (Kraepelin, 1905, pp.79-80)*

Laing (1978) concorda com Kraepelin que o paciente apresenta sinais de excitação catatônica. Porém, a concordância entre os dois pára por aí. Laing revela que o paciente claramente se ressentia da situação de ser observado por uma classe de estudantes. Relata que o paciente se sente perseguido nessa situação e estabelece “*um diálogo entre sua versão parodiada de Kraepelin e seu próprio self desafiador e rebelde*” (Laing, 1978, p.30). Sustenta que Kraepelin não leva isso em conta. O psiquiatra alemão considera que a comunicação do paciente não trouxe nenhuma informação útil, que suas palavras são apenas sintomas de uma doença. Laing (1978) diz que há uma outra alternativa de ver o comportamento do paciente:

*“Pode-se considerar seu comportamento como ‘sintoma’ de uma ‘doença’; pode-se ver esse comportamento como uma expressão de sua existência. A construção existencial-fenomenológica é uma dedução da maneira como o outro está sentindo e agindo. Qual o conhecimento que o rapaz tem de Kraepelin? Parece atormentado e desesperado. Por que fala e age daquela maneira? Protesta contra ser observado e testado. Quer ser ouvido.” (Laing, 1978, p. 31)*

Contra a tendência normatizadora da psiquiatria clássica em ver o paciente como um amontoado de sintomas e queixas, Laing (1978) contrapõe a visão da fenomenologia existencial que, em suas palavras, seria “*uma tentativa de reconstituir sua maneira (do paciente) de ver-se a si mesmo em seu mundo, embora no relacionamento terapêutico o enfoque esteja na maneira de ser do paciente em relação a mim*”. (Laing, 1978, p.24). Ele considera o paciente como possuidor de uma subjetividade própria. Laing (1978) aponta também a importância de quem parte da posição existencial fenomenológica respeitar a alteridade do paciente, de não reduzi-lo à sua própria escala de referências<sup>3</sup>:

---

<sup>3</sup>Neste ponto Laing se aproxima do conceito de ECRO (esquema referencial, conceitual e operativo) de Pichon-Rivière (1982). Esse constructo descreve o conjunto conceitual e referencial de cada indivíduo que, organizado num todo, dá condições para que este opere no seu ambiente. O resultado desta ação gera mudanças nos esquemas conceituais e referenciais do indivíduo, que se predisporá para uma nova operação, e assim sucessivamente, de forma dialética, provocando várias transformações no ECRO. Pichon-Rivière assim se posiciona sobre a necessidade de contínua transformação do caso do paciente. “*Quando nos aproximamos de um paciente, nós o fazemos com um esquema referencial mediante o qual tentamos entender aquilo que*

*“Contudo, é de considerável importância prática saber perceber que o conceito e/ou experiência de um homem sobre o seu ser talvez seja muito diferente do nosso conceito ou experiência dessa pessoa. Em tais casos é preciso saber orientar-se como pessoa no esquema de coisas do outro em vez de vê-lo apenas como um objeto em nosso próprio mundo, isto é, dentro do sistema total de nossa própria escala de referências. É preciso saber efetuar esta reorientação sem pré-julgar quem está certo ou errado. Este talento é óbvio e indispensável pré-requisito no trabalho com os psicóticos.” (Laing, 1978, p.25)*

Laing (1978) afirma que esse esforço para compreender a alteridade do paciente começa desde o momento em que este traz a queixa para o terapeuta:

*“Contudo, por mais circunscrita ou difusa que seja a queixa inicial, sabe-se que o paciente traz para o tratamento, de maneira intencional ou não, sua existência, todo o seu ser-em-seu-mundo. Sabe-se também que cada aspecto seu relaciona-se de certo modo com todos os outros aspectos, embora a maneira pela qual se articulem talvez não seja absolutamente clara. É tarefa da fenomenologia existencial articular o que é o ‘mundo’ do outro e a sua maneira de nele se encontrar.” (Laing, 1978, p.25)*

Laing (1978) indica que a percepção que temos do paciente depende da interpretação pessoal que fazemos dele. Rejeita, então, a pretensa objetividade científica e a impessoalidade da psiquiatria clássica, que procura ater-se apenas ao comportamento observável do paciente:

*O psiquiatra clínico, desejoso de ser mais ‘científico’ ou ‘objetivo’, talvez proponha confinar-se ‘objetivamente’ ao comportamento observável do paciente. A mais simples resposta a isso é que se trata de algo impossível. Ver ‘sintomas’ de ‘doença’ é não ver com neutralidade. Não é sequer neutro ver um sorriso como contração dos músculos circumorais (Merleau-Ponty, 1963). Impossível deixar de ver a pessoa de um modo ou de outro e situar nossas elaborações ou interpretações sobre o seu comportamento tão logo entramos com ele em relacionamento. Isto se dá mesmo no caso negativo de nos encontrarmos detidos ou embaraçados por uma falta de reciprocidade da parte do paciente, quando sentimos **que não há ninguém ali** para reagir à nossa aproximação. Isto se situa bem próximo ao âmago do nosso problema.” (Laing, 1978, pp.31 e 32)*

Retornando à reflexão de Laing, ele diz que a interpretação depende da compreensão que temos do paciente. No caso do paciente psicótico isso depende, segundo Laing (1978):

---

*lhe acontece, mas esse esquema deve ser dinâmico. Por exemplo, se vimos um paciente num dia temos um esquema desse paciente e, na medida em que o enfrentamos novamente no dia seguinte, tentamos compreender o material que nos proporciona em função desse esquema. Mas, se aquilo que surge no novo emergente nos leva a pensar algo novo sobre nosso esquema, somos obrigados a retificá-lo, caso seja necessário. Isto suscita a idéia da honestidade científica ou da coragem científica do terapeuta, a necessidade de romper uma estrutura interna e de se confrontar com uma nova.” (Pichon-Rivière, 1982, p. 113)*

*“Nossa visão do outro depende da boa vontade em convocar todas as forças de todos os aspectos de nós mesmos no ato da compreensão. Parece também que precisamos orientar-nos para essa pessoa de modo a nos deixar aberta a possibilidade de compreendê-la. A arte de compreender no ser de um indivíduo, os aspectos a que observamos como expressão de sua maneira de estar-no-mundo, exige que relacionemos suas ações com a sua maneira de viver a situação em que se encontra conosco.”* (Laing, 1978, p.33)

Laing (1988) sustenta que a compreensão do outro muitas vezes contraria as regras da objetividade científica. Ele refere que a *“coisa objetivamente menos possível pode ser a subjetivamente mais real”*(Laing, 1988, p.72). Laing (1978) inverte o postulado da psicologia que coloca o comportamento como única evidência de nossa ciência. Afirma, ainda, que o comportamento do outro é uma experiência do observador tanto quanto o comportamento do observador é uma experiência do outro. O antipsiquiatra postula a necessidade de que se relacione a experiência do observador com a experiência do observado. Essa relação, expressa ele, poderia ser chamada de interexperiência<sup>4</sup>.

Laing (1978) coloca que não se pode experimentar diretamente o outro. Sempre temos uma experiência subjetiva do outro, assim como o outro tem uma experiência subjetiva de nós. Essa experiência subjetiva não é mensurável, palpável ou visível, como o comportamento. Porém a experiência é a única evidência<sup>5</sup>. O autor sustenta que a psicologia é *“o logos da experiência, a estrutura da evidência”*. (Laing,1978, p.14)

Laing mostra que na verdade deduzimos, a partir de nossa própria experiência, o que é significativo para nós no comportamento do outro. Essa dedução, na verdade, é uma interpretação do comportamento do outro. Em relação ao psicótico, porém, se a dedução e o julgamento partir de categorias de nosso mundo racional, certamente redundará no fracasso desse paciente em enquadrar-se nelas. Laing (1978) nos diz que para compreendermos o paciente psicótico devemos, sem renunciar à nossa sanidade, transportar-nos para uma visão estranha e talvez alienada do mundo. Somente dessa forma poderíamos compreender a posição existencial do paciente. Silveira (1992) reconhece que a grande contribuição de

---

<sup>4</sup> Dois líderes da reforma psiquiátrica brasileira, Roberto Tikanori Kinoshita, ex-interventor da Casa de Saúde Anchieta e ex-coordenador do Programa de Saúde Mental de Santos, e Lula Vanderlei, criador da “Enfermaria de Portas Abertas Espaço Aberto ao Tempo” em comunicações pessoais externaram pontos de vistas semelhantes ao conceito lainguiano de interexperiência. Kinoshita coloca que todos temos uma concepção da realidade advinda de nossa própria experiência. Mas quando achamos que essa noção de realidade é a verdadeira, como a psiquiatria positivista acredita ter, podemos ser autoritários em relação ao outro, seja ele um paciente psicótico ou não. Por outro lado, podemos tentar conseguir uma comunicação significativa com o outro, procurando um acordo entre os nossos pontos de vista e os do outro, visando à construção de uma realidade fundamentada na interpessoalidade. Vanderlei desenvolveu uma técnica de intervenção junto ao paciente psicótico em crise cujo primeiro passo visa a conseguir uma comunicação com ele. O paciente decide junto com a equipe a intervenção que irá sofrer, se aceita ou não tomar medicamentos,, ficar em hospitalidade total ou parcial na instituição, ou participar de algumas oficinas terapêuticas. Podemos dizer que equipe e paciente entram em acordo sobre qual realidade irão enfrentar.

<sup>5</sup> Nesse ponto, Laing se aproxima de Jung (1935), que afirma que o objeto da psicologia é a pura experiência.

<sup>6</sup> Há uma convergência entre as concepções de ciência psicológica de Jung e Laing. Jung (1939) revela, que, para ele, a psicologia é fenomenologia, ou seja, o estudo do experiencial dentro do homem.

Laing<sup>7</sup> foi a exploração do espaço interior. Ela refere que o antipsiquiatra busca uma viagem conjunta, muitas vezes perigosa, do paciente e do terapeuta às profundezas do primeiro. Diz que Laing considera que *“dessa viagem o indivíduo voltaria um ser mais autêntico, portanto capaz de encontrar sua adequada posição na sociedade.”* (Silveira, 1992, p. 15)

Laing (1961) reconhece, na psicologia analítica de Jung, uma possibilidade da compreensão da experiência psicótica:

*“Decerto Jung, mais que qualquer outro, conseguiu vincular experiências psicóticas modernas a experiências humanas de outras épocas e lugares. Não há dúvida sobre esses paralelos.”* (Laing, 1961, p.65)

No próximo capítulo, enfocaremos a compreensão junguiana da psicose.

---

<sup>7</sup> Laing manteve relações próximas com Winnicott, tendo lhe enviado o manuscrito do seu primeiro livro *“O eu dividido”*, em 1958. Winnicott ficou muito interessado no livro. Assim ele relata a sua reação: *“Ontem tive a primeira chance de ler seu manuscrito, que insultei lendo-o em duas horas. Com isso, o senhor compreenderá que não lhe fiz justiça. Após lê-lo, tentei lhe telefonar, de tão entusiasmado que estava. Acho que meu entusiasmo se deve ao fato de o senhor fazer uso do tipo de coisa que acho importante.”* (Winnicott, 1990, p. 104) Laing usa o conceito winnicottiano de verdadeiro e falso self em seu estudo. Winnicott assim se refere a esse uso: *“A propósito, aprendi algo em seu livro, o que é sempre instigante; algo que disse sobre ser observado durante estados paranóides fez-me perceber que um de meus pacientes está sendo observado por uma projeção do seu self verdadeiro. Trata-se de algo que não havia pensado e que me ajuda consideravelmente.* (Winnicott, 1990, p.104- o grifo é do autor)

## 2. Jung, Fenomenologia e Psicose

A teoria junguiana foi a que, desde o período da faculdade, mais me interessou pessoalmente. Jung me chama atenção principalmente porque instaura uma perspectiva simbólica que eu via como superior ao causalismo freudiano. Na minha opinião, este estava excessivamente calcado na sexualidade, reduzindo todos os fatos da vida psíquica a esse princípio.

Por outro lado, atraía-me, particularmente, a maneira como Jung considerava a psicose, principalmente pelo fato de ele ter se defrontado com ela na sua prática clínica, diferentemente de autores como Freud, que a estudaram apenas teoricamente. O capítulo “Atividade psiquiátrica”, de sua autobiografia “Memórias, sonhos e reflexões”, mostra como, já no início de sua carreira, nos idos de 1900, Jung (s. d.) se preocupava com a subjetividade do paciente, contrariando o ponto de vista da época, que era de um organicismo quase absoluto. Ele assim se manifestava em relação a questão:

*“Passei meus anos de aprendizagem na clínica psiquiátrica Burghölzli da Universidade de Zurique. O problema que ocupava o primeiro plano de meu interesse e de minhas pesquisas era o seguinte: o que se passa no espírito do doente mental? Nesse momento ainda não o sabia, e entre meus colegas ninguém se interessava por isso. O ensino psiquiátrico procurava, por assim dizer, abstrair-se da personalidade doente e se contentava com os diagnósticos, com a descrição dos sintomas e dos dados estatísticos. Do ponto de vista clínico que então predominava, os médicos não se ocupavam com o doente mental enquanto ser humano, enquanto individualidade: tratava-se do doente número x, munido de uma longa lista de diagnósticos e de sintomas. Uma vez ‘rotulado’ e carimbado com o diagnóstico, o caso era de certa forma encerrado. A psicologia do doente mental não desempenhava papel algum.”* (Jung, s.d., p. 108).

A postura que o autor descreve é muito encontrada atualmente. Boa parte dos psiquiatras que hoje atuam tem uma prática clínica totalmente voltada para verificação dos sintomas, o estabelecimento do diagnóstico e a medicação do paciente. Para muitos psiquiatras a subjetividade do paciente, sua história pessoal, seus sentimentos e pensamentos não contam e, nas suas consultas, nenhum espaço é dado para esses aspectos. Acredito que, por detrás dessa postura clínica, está subjacente um sólido organicismo que considera um psicótico como um organismo com defeito: tudo é causado por uma disfunção orgânica. A partir desse momento, nada mais tem relevância, a não ser os sintomas que incluem o psicótico em seu diagnóstico. A prática clínica centraliza-se sobretudo na medicação, que terá a função de resolver o desequilíbrio orgânico existente. Em termos da relação médico-paciente, em um pólo configura-se um médico todo poderoso capaz de com os instrumentos da razão diagnosticar e minorar o sofrimento de um ser humano de segunda categoria.

Retornando ao desenvolvimento da visão clínica de Jung (s. d.), ele relata que o primeiro caso em que acabou entendendo que a história pessoal do paciente havia tido uma influência preponderante na sua doença foi o caso de uma velha senhora que estava

internada há 50 anos no Burghözli. Essa paciente estava acamada há 40 anos, já não falava mais e passava a maior parte de seu tempo fazendo estranhos movimentos ritmados com as mãos e os braços. Jung ficara muito impressionado com o caso, com o grau de destruição enfrentado pela paciente. Interessou-se em saber a história do paciente. No prontuário, contudo, só havia seu diagnóstico e alguns dados sobre os sintomas. Ao tentar encontrar algum funcionário que soubesse de sua história, Jung encontrou sérias dificuldades, pois a maioria que presenciara a sua admissão já havia falecido na época. Apenas uma enfermeira, que estava trabalhando havia 35 anos na instituição, conhecia algo de sua história. Essa enfermeira relatou a Jung que a paciente antigamente era sapateira. Ele achou que isso era possível, pois ele mesmo vira sapateiros fazendo movimentos semelhantes nas aldeias. Pouco tempo depois, a paciente faleceu. Seu irmão mais velho veio para o enterro e Jung lhe perguntou por que a paciente adoeceu. O irmão da paciente esclareceu que a mesma teve seu surto depois de ter-se apaixonado por um sapateiro que não quis se casar com ela. O psiquiatra concluiu que os movimentos de sapateiros que ela fazia traziam uma identificação com o ser amado. Essa identificação acabou sendo a fonte do sintoma predominante de sua doença.

A partir daí, Jung passou a se interessar pela história pessoal de seus pacientes, considerando como uma base de seu tratamento psicológico<sup>8</sup>. Sua importância supera a do diagnóstico clínico para a terapia do paciente. Assim Jung (s. d.) se refere:

*“Os diagnósticos clínicos são importantes pelo fato de proporcionarem uma certa orientação, embora não ajudem o paciente. O ponto decisivo é a questão da ‘história’ do doente, pois revela o fundo humano, o sofrimento humano e somente aí pode intervir a terapia do médico.(...)”* (Jung, s. d., p.115)

Jung inverte a ênfase dominante da psiquiatria organicista, dando mais importância à subjetividade do paciente e colocando o diagnóstico normativo em segundo plano. Essa ênfase marcou-me profundamente em termos de minha prática clínica. Sempre que possível procuro fazer uma anamnese detalhada com o paciente. Quando isso não é possível, entrevisto a família. Faço isso quando o paciente está em acompanhamento psicológico individual ou grupal. Apesar de ser uma prática comum em psicoterapia de criança, não o é no trabalho em saúde mental adulta. Tenho visto que a não compreensão da história do paciente leva, muitas vezes, o profissional de saúde mental a ter uma visão moralista do sintoma do paciente, como se, muitas vezes, a gravidade do sintoma fosse diretamente proporcional à má vontade ou maldade do paciente. Jung (1935) também se preocupava com o problema:

*“Pareceu por muito tempo que era possível limitar-se a um método puramente científico-natural no campo da psicologia experimental e clínica. Mas o conhecimento*

---

<sup>8</sup> Winnicott (1963) defende ponto de vista semelhante ao de Jung: *“Foi praticando a psicanálise que me dei conta do valor terapêutico da obtenção da história e descobri o fato de que isto provê a melhor oportunidade de tratamento...A psicanálise para mim é uma vasta extensão da obtenção da história, com a terapêutica como subproduto”*. (Winnicott, 1963, p. 180)

*gradual de que a crítica dos pressupostos ideais não era supérflua, porque são objeto de determinadas disciplinas das ciências filosóficas, foi-se impondo aos poucos. E principalmente porque não era possível continuar escondendo uma cuidadosa pesquisa da etiologia dos estados patológicos que mostrava que a atitude geral, que leva a variações doentias, depende de certos pressupostos ideais ou morais, sem falar da ‘interpretação’ dos fatos e das teorias daí resultantes. Mas tão logo a psicologia clínica chegou a este ponto, foi preciso admitir que os princípios, ilimitadamente válidos até agora e que influenciavam o julgamento, eram de cunho puramente racionalista e materialista e, por isso, apesar de sua pretensão ‘científica’, tinham que ser submetidos à crítica filosófica porque o objeto de seu julgamento é a própria psique.” (Jung, 2000, parágrafo 1738)*

Jung mostra que a doença mental se define a partir de uma posição normativa que a sociedade assume. O autor também indica que a doença é interpretada a partir dessa posição normativa. Porém, revela que essa pode ser baseada em pressupostos racionalistas e materialistas passíveis de crítica. No caso do organicismo, esses pressupostos racionalistas e materialistas são claros, levando, em última instância, à concepção do ‘organismo com defeito’, que gera a prática clínica totalmente centrada na norma e na correção do sintoma. Jung (1935), aprofundando a crítica aos pressupostos científicos do organicismo, continua:

*“A psique é um fator muito complexo e tão fundamental a todos os pressupostos que nenhum julgamento pode ser considerado ‘meramente empírico’, mas deve sempre indicar com antecedência a premissa segundo a qual ele julga. Além disso, o conhecimento psicológico já não pode esconder hoje em dia o fato de que o seu objeto abrange ao mesmo tempo o seu próprio ser e que, por isso, em certo sentido, não pode haver ‘princípios’ e julgamentos válidos, mas apenas fenomenologia, o que significa em outras palavras **pura experiência**.” (Jung, 2000, parágrafo 1738).*

Nesse ponto, ele se aproxima da crítica fenomenológica frente à psicologia. Jung critica a consciência organicista que avalia, achando-se neutra e científica ou puramente empírica. Ele desmascara essa consciência, que sempre se baseia em algumas premissas a partir das quais julga os fatos e a realidade. Nessa altura, Jung se aproxima da fenomenologia de Edmund Husserl. Merleau-Ponty (1990), fenomenólogo e continuador da obra husserliana, aponta que Husserl lutava contra o psicologismo, que tendia a colocar todo o pensamento como determinado por fatores psicológicos. Husserl tentará preservar o papel do sujeito transcendental e da consciência, apesar de não negar o sujeito empírico. Merleau-Ponty coloca a crítica husserliana aos fundamentos epistemológicos da psicologia:

*“A psicologia não toma o lugar da filosofia; não se basta como filosofia, porque partilha as convicções do senso comum e recebe seus postulados realistas do senso comum. O esforço da psicologia é legítimo, mas ele permanece um modo ‘ingênuo’ de pensar, sem estatuto ontológico. Se refletirmos, ao contrário, o sujeito situado é ao mesmo tempo aquele que pensa o mundo. Não há mundo conveniente se não é pensado por*

*alguém. O sujeito empírico faz parte do mundo, e esse mundo só existe para um sujeito transcendental.* (Merleau-Pontyana, 1990, p.159).

Merleau-Ponty diz que Husserl critica a ingenuidade da psicologia que só acredita em sujeitos empíricos que fazem parte do mundo. Ele revela que essa psicologia esquece o sujeito transcendental que pensa o mundo, o produtor do conhecimento que julga e avalia o mundo. Essa psicologia não vê que esse sujeito pode criar um conhecimento científico e práticas clínicas e sociais a partir das distorções da sua própria consciência. Esse conhecimento psicológico ingênuo permeia, no meu ponto de vista, a psiquiatria organicista.

Merleau-Ponty ressalta que Husserl propõe, então, uma psicologia reflexiva que elabore as suas noções fundamentais. Ele chamou essa psicologia de eidética, termo retirado do grego *eion*, que significa a essência das coisas, segundo Lalande (1999). A principal finalidade dessa psicologia eidética seria a de uma reflexão sobre a experiência e seu sentido. Nesse ponto concorda Jung (1935) que, analisando a filosofia romântica de Fichte<sup>9</sup>, fala que seu maior mérito foi confrontar o sujeito da experiência às tendências objetivantes que têm no behaviorismo o seu maior representante. O autor afirma que o behaviorismo, com seu interesse exagerado pelo objeto, acabou gerando a falta de sentido. Jung defende, pois, que o sentido começa na reflexão do sujeito sobre si mesmo e as coisas. Aproxima-se, pois, de Husserl (s. d.), que parte do cogito cartesiano para afirmar a natureza individual do conhecimento e a necessidade de cada indivíduo refletir para retirar o sentido de uma experiência vivida.

Jung (1935) aponta, então, o primado da experiência como ponto fundamental de sua psicologia, mesmo ao preço de ser chamado de romântico e alquimista pelos seus adversários. Inclusive defende a filosofia romântica e alquimista, que partiram do pressuposto de que deveriam mais experimentar a existência do que investigá-la. Aponta que, por esse motivo, os românticos e alquimistas são os predecessores da moderna fenomenologia, e que, de uma certa forma, a fenomenologia estava no cerne de suas filosofias.

Esse ponto de vista fenomenológico de Jung é inclusive reconhecido por autores como Laing (1982). Este diz que Jung se coloca na linha do que ele chama de política da experiência, contrariamente ao ponto de vista positivista que ele chama de política do controle e da limitação da mente. Laing inclusive fala que foi influenciado pelo modo de pensar junguiano. Expõe também que o teorizar junguiano é peculiar, sendo capaz de descrever muitos fenômenos que ocorrem na vida das pessoas.

Jung (1935) faz uma crítica radical às concepções de uma ciência pretensamente neutra e objetiva. Lembra-nos da ligação indissolúvel entre a filosofia fenomenológica e a ciência e que essa sempre depende do ponto de vista subjetivo do observador, de certos julgamentos que são considerados pelo *Zeitgeist* como válidos. Por isso, duvidava de um método totalmente objetivo e impessoal, em se tratando de psicoterapia. Pelo mesmo motivo, Jung (s. d.) evitava intencionalmente ser sistemático em suas análises:

---

<sup>9</sup> Fichte, Johann Gottlieb (1762-1814) filósofo romântico alemão, considerado por Ricoeur (1992) como precursor da fenomenologia.

*“Naturalmente, é necessário que um médico tenha o conhecimento dos assim chamados ‘métodos’. Mas deve evitar o engajamento fixo de um caminho determinado, rotineiro. Deve se utilizar com muita prudência das hipóteses teóricas. Talvez elas sejam válidas hoje, e amanhã surgirão outras. Em minhas análises, não desempenham papel algum. Intencionalmente evito ser sistemático. A meus olhos, diante do paciente só existe a compreensão individual.”* (Jung, s. d., p.121)

Podemos inferir que ele colocava a experiência individual do seu cliente acima de suas hipóteses teóricas. Acreditava que do paciente deveria partir o desejo de reorganizar a sua experiência mais do que num método pretensamente objetivo de curar as pessoas. Em verdade, acreditava mais na aliança terapêutica entre o analista e o paciente. Essa aliança terapêutica dependerá, em primeiro lugar, do grau de compreensão que o analista tem do seu paciente. Por isso, Jung (1964) defendia que, para cada paciente, deveria existir uma terapia diferente:

*“Muitas vezes me perguntaram qual era meu método psicoterapêutico ou analítico; não posso oferecer uma resposta unívoca. Cada caso exige uma terapia diferente. Quando um médico me diz que ‘obedece’ estritamente a este ou àquele ‘método’, duvido de seus resultados terapêuticos. Na literatura médica fala-se com tanta ênfase nas resistências do doente que isso poderia levar a pensar que se lhe tenta impor diretivas, quando é nele que, de maneira natural, devem crescer as forças de cura. A psicoterapia e as análises são tão diversas quanto os indivíduos. Trato cada doente tão individualmente quanto possível, pois a solução do problema é sempre pessoal. Não é possível estabelecer regras gerais senão cum grano salis, com a reserva necessária. (...) Uma solução falsa para mim pode ser justamente a verdadeira para outra pessoa.”* (Jung, s. d., p.120).

Talvez por esse motivo, Jung fosse tolerante com pontos de vistas de outras teorias, a ponto de achar natural que houvesse uma multiplicidade de teorias sobre a psique humana. Considerava que essa multiplicidade era decorrente do próprio campo de estudo da psicologia e que essas diversas teorias apontavam para os variados pontos de vista e julgamentos de cada autor. Aprofundando esses conceitos, ressalta que análise, em essência, é um encontro existencial entre dois seres humanos que, a partir de sua inter-relação, vão se modificar:

*“O fato decisivo é que enquanto ser humano, encontro-me diante de um outro ser humano. A análise é um diálogo que tem necessidade de dois interlocutores. O analista e o doente se encontram, face a face, olhos nos olhos. O médico tem alguma coisa a dizer, mas o doente também.”* (Jung, s. d., p. 121)

A análise é considerada como uma possibilidade de estruturação ontológica para o paciente:

*“Existe, é verdade, o que se chama de ‘pequena psicoterapia’, mas na análise propriamente dita é a personalidade inteira que é chamada à arena, tanto a do médico quanto a do doente. Muitos casos só podem ser curados se o médico se envolve pessoalmente. Quando se trata de questões cruciais, a atitude do médico é decisiva, seja se considerando um dos elementos do drama, seja, pelo contrário, ocultando-se em sua autoridade e permanecendo exterior a ele. Nas grandes crises da vida, nos momentos supremos, quando se trata de ser ou não ser, os pequenos artifícios sugestivos não são atuantes, pois o apelo é dirigido ao médico, em sua totalidade.” (Jung, s. d.,p.122)*

O psicoterapeuta deve engajar-se totalmente, no sentido existencial, para oferecer a possibilidade de uma reestruturação ontológica para o paciente.

O relato de um tratamento de uma jovem psicótica, tratada por Jung, na época do seu trabalho em Burghözli, é ilustrativo desse processo de reestruturação ontológica. A paciente apresentava-se num estado catatônico, tinha alucinações auditivas, recusava alimento e se mantinha totalmente muda. Tinha, na época, 18 anos, havia sido violentada por um irmão aos 15 anos e abusada sexualmente por colegas da escola. A paciente, com o decorrer dos anos, foi-se tornando solitária até que se tornou incomunicável. Na época em que Jung a viu, já estava internada havia 1 ano e meio. Ele começou a visitá-la e, após muitas semanas de insistência, conseguiu fazê-la falar. A paciente começou a relatar detalhadamente os conteúdos de suas vivências alucinatórias. Imaginava que vivia na Lua, onde havia um vampiro que matava mulheres e crianças. Acreditava que tinha que matá-lo, porém, quando tentou fazê-lo, ficou paralisada por sua beleza e não mais podia realizar seu intento. Ao contar estas fantasias a Jung, revoltou-se contra ele, pois, para ela, ele lhe impedira que voltasse à Lua. Ela teria que ficar na Terra, apesar de este mundo não ser belo. A Lua para ela era linda e cheia de sentido. Jung conta que, pouco tempo depois, ela recaíra na catatonia e ficara por um tempo agressiva. Contudo, ela melhorou gradativamente desse estado, compreendendo que a vida na Terra era inevitável. Teve alta dois meses depois da crise. Porém, diz Jung, ela estava desesperada com tal situação, resistia a ela. Isso fez com que ela tivesse que voltar ao hospital. Jung a visitou em seu quarto e lhe disse que essa resistência era inútil, que ela não poderia mais voltar à Lua. A paciente aceitou o que ele lhe disse de forma indiferente, sem usar uma única palavra. Logo teve alta. Com resignação, retomou sua vida, tornando-se enfermeira num sanatório. Nesse local foi cortejada desastrosamente por um médico assistente. Ela respondeu, dando-lhe um tiro de revólver, ferindo-o levemente.

Jung comenta que essa paciente andava armada. Narra que, no decorrer da última sessão que realizou com ela, ela exibira a arma. Dissera a Jung que, caso ele falhasse no seu tratamento, ela o teria matado. Jung relata dessa forma o desenvolvimento ulterior do caso:

*“Quando serenou a emoção causada pelo tiro de revólver, ela voltou para o seu país natal. Casou-se, teve vários filhos, sobreviveu a duas guerras mundiais no Oriente, sem ter recaído.” (Jung, s. d. ,p. 120)*

Analisando esse caso, Jung conta que, devido ao incesto sofrido, a paciente sentira-se rebaixada aos olhos do mundo. Compensatoriamente, porém, sentira-se elevada no domínio da imaginação. Em sua fantasia, transportou-se para um reino mítico, pois, tradicionalmente, o incesto ocorre entre os deuses e reis. Por esse motivo, perdeu o contato com os humanos e tornou-se extraterrestre, afastando-se totalmente do mundo, o que correspondia a um estado psicótico. Imaginariamente, evadiu-se para uma região celeste longínqua, onde encontrou um demônio alado. Durante o tratamento, a paciente transferiu essa imagem para Jung. Com o decorrer do tratamento, a paciente traiu o demônio em favor do terapeuta, ligando-se a um ser desse mundo. Dessa maneira voltou à vida e se casou.

Jung conta que depois dessa experiência, começou a olhar de um novo ponto de vista para o sofrimento dos pacientes psicóticos. Doravante, sabia que esse sofrimento estava ligado com uma experiência interior. Passa, então, a preocupar-se com os fenômenos da vida interior desses pacientes, interessando-se por suas fantasias e dramas, diferentemente da visão clássica da psicose, que põe todo seu interesse no comportamento do paciente. Por esse motivo, Jung se interessou pela mitologia, pois via que a fenomenologia expressa nesses motivos se aproximava da fenomenologia encontrada na psicose<sup>10</sup>. Assim Jung (s. d.) revela:

*“O acaso me conduziu ao **Simbolismo e Mitologia dos Povos Antigos**, de Friedrich Creuzer, e esse livro me entusiasmou. Li-o como que num transporte; levado por um interesse ardente, estudei um amontoado de materiais mitológicos e gnósticos, para enfim chegar a uma desorientação total. Senti-me tão desamparado como outrora, na clínica, quando tentava compreender o sentido dos estados psicóticos. Tinha a impressão de estar num asilo de alienados imaginários e comecei a ‘tratar’ todos esses centauros, ninfas, deuses e deusas, do livro de Creuzer, a analisá-los como se fossem meus doentes. No curso desses estudos não me escapou o quanto a mitologia antiga era próxima da psicologia dos primitivos, o que me impeliu a um exame intensivo desta última.”* (Jung, s. d., pp.145/146 – o grifo é do autor).

Enquanto estudava mitologia, Jung notou o paralelo entre esse simbolismo e um material produzido por uma paciente psicótica do psicólogo Théodore Flournoy. Essa paciente, na verdade uma jovem americana, produziu um breve material escrito, recheado de fantasias que possuíam caráter mitológico. Essas fantasias motivaram Jung a aprofundar o estudo que realizava, levando-o a escrever o livro *“Metamorfose e Símbolos da Libido”* (1912). O autor acaba aproximando a fenomenologia dos estados patológicos com o que ele (1954) chamou de fenomenologia geral, ou seja, a fenomenologia de todas as produções culturais humanas. Acredito que, através desse estudo, Jung retira as fantasias das pessoas portadoras de distúrbios psicóticos do terreno do mero absurdo, da desrazão à que a racionalidade positivista a havia colocado, e a inclui no terreno da produção humana possível. Além disso, Jung enxergava nas fantasias dos portadores de perturbações emocionais um sentido que está relacionado com o seu sofrimento. Por esse motivo, a

---

<sup>10</sup> Laing escreve: *“Decerto Jung, mais que qualquer outro, conseguiu vincular experiências psicóticas modernas a experiências humanas em outras épocas e lugares. Não há dúvida sobre esses paralelos.”* (Laing, 1961, p. 65)

psicologia junguiana vai se preocupar fundamentalmente com a possibilidade da expressão das fantasias pelos seres humanos para, a partir daí, tentar retirar do material simbólico produzido um sentido. Assim coloca Jung (1984):

*“... eu aproveitava uma imagem onírica ou uma associação do paciente para lhe dar como tarefa elaborar ou desenvolver estas imagens, deixando a fantasia trabalhar livremente. De conformidade com o gosto ou os dotes pessoais, cada um poderia fazê-lo de forma dramática, dialética, visual, acústica, ou em forma de dança, pintura, de desenho ou modelagem. O resultado desta técnica era toda uma série de produções artísticas cuja multiplicidade me deixou confuso durante anos, até que eu estivesse em condição de reconhecer que esse método era a manifestação espontânea de um processo em si desconhecido, sustentado unicamente pela habilidade técnica do paciente, e ao qual, mais tarde, dei o nome de ‘processo de individuação’. (...)”* (Jung, 1984, parágrafo 400)

Jung apontava a possibilidade da livre expressão das fantasias do paciente, através das mais variadas expressões artísticas, como fator primordial de sua terapia. O próprio processo de expressão dessas fantasias configura um sentido individual, ao qual o autor deu o nome de processo de individuação, e que seria a própria meta da psicoterapia junguiana no caso de pacientes neuróticos. Nesse caso, a expressão estética geraria a possibilidade da evolução constitutiva de uma subjetividade própria, diferenciada, individuada.

No caso de pacientes psicóticos que, segundo o autor junguiano Humbert (1983), não chegaram a se constituir como sujeitos, a arte tem uma importante função no sentido de evitar a cisão do self. Ainda Jung (1959):

*“Nos pacientes esquizofrênicos em que o tratamento é realizado com certo êxito podem ocorrer complicações emocionais que levam a uma recaída psicótica ou a uma psicose aguda, caso os sintomas indicadores de perigo, sobretudo os sonhos destrutivos, não forem reconhecidos a tempo. O tratamento ou a interrupção desses processos nem sempre requerem medidas drásticas. Pode-se levar a mente do paciente, através de medidas terapêuticas comuns, a uma distância segura de seu inconsciente, por exemplo, induzindo-o a representar sua situação psíquica num desenho ou num quadro. Com isso, o caos que nos parece impossível compreender e formular é visualizado e objetivado, podendo então ser observado à distância, analisado e interpretado pela consciência. O resultado desse método parece residir no fato de a impressão originariamente caótica e amedrontadora ser substituída pela imagem que dela se faz. O “tremendum”, é “desencantado” pela imagem, tornando-se banal e familiar. Quando o paciente se vê ameaçado pelos afetos da experiência originária, as imagens por ele projetadas servirão para aplacar o terror”.* (Jung, 1986, p.249)

A pintura, pois, pode servir de instrumento para diminuir a cisão entre o consciente e o inconsciente. Esta cisão entre a consciência e os afetos e imagens advindas do inconsciente é desestruturadora. Os conteúdos do inconsciente que não estão integrados podem ganhar uma força autônoma e desestabilizar o ego. Por esse motivo, Jung indicava a

pintura para esse tipo de paciente, como uma forma de despotencializar essas imagens e torná-las passíveis de serem integradas à consciência. Se pensarmos do ponto de vista do self como o todo da psique, a integração das imagens e afetos do inconsciente à consciência significa diminuir a cisão dentro dele.

Essa forma de trabalhar a psicose teve dois grandes continuadores: John Weir Perry<sup>11</sup>, nos Estados Unidos, e a psiquiatra Nise da Silveira, no Brasil. A contribuição de Nise da Silveira será estudada nos capítulos 5, 6 e 7 dessa dissertação.

---

<sup>11</sup> John Weir Perry, psiquiatra americano, trabalhou com adolescentes psicóticos em hospital psiquiátrico na Califórnia, seguindo o método psicoterapêutico junguiano (Silveira, 1982).

### 3. Bergson e Mokiti Okada: Natureza, Tempo e Mudança

Segundo a Enciclopédia Britânica, as flores vêm sendo utilizadas como objeto de adorno e decoração desde a antiguidade. Os gregos antigos as vendiam em seus mercados e os romanos as utilizavam como item de alimentação. A Pérsia era famosa pelo cultivo de roseiras. Após a conquista deste país pelos árabes, no século VII, o hábito de cultivar flores se espalhou pelas regiões dominadas por este povo. No século VIII, a conquista da Península Ibérica pelos árabes fez com que o hábito de cultivar flores tivesse chegado à Europa.

Por outro lado, as flores têm tido importante valor simbólico e estético durante toda a história humana, sendo representadas em pinturas, esculturas e textos literários. Esse fenômeno ocorreu tanto no Oriente como no Ocidente, tendo sido utilizadas por expoentes das duas culturas. Jesus Cristo utilizou os lírios em uma passagem famosa do Sermão da Montanha e Buda usou a flor de lótus como um dos seus símbolos preferidos. Os árabes as usavam em suas pinturas, como símbolos da perfeição Divina.

Apesar de a flor ter sido representada de variadas maneiras por diferentes tradições artísticas e culturas, no decorrer da história humana em apenas um país, o Japão, arranjar flores acabou ganhando status de arte. Essa arte, que ganhou o nome de ikebana (ikeru = vivificar, hana = flor; vivificação floral) ou kadô (ka = flor, dô = caminho; caminho das flores), teve sua origem na profunda relação que o povo japonês estabeleceu com a natureza. Segundo Abe e Kawamura (1994):

*“(...) As primeiras manifestações do arranjo floral eram bem livres e naturais, sem qualquer regra definida. Dizia-se simplesmente ‘colocar uma flor’ (hana o sassu).*

*Os japoneses, na antiguidade, acreditavam que para se invocar os deuses era necessário determinar um local para recebê-los e este era indicado por uma flor ou uma árvore disposta, preferencialmente, de forma perpendicular à sua base. Segundo a crença, os deuses se guiavam por esses símbolos e ali se instalavam.”* (Abe e Kawamura, 1994, p. 11 e 12).

Porém, o primeiro registro do uso sistemático da flor como ornamento surge no reinado do príncipe budista Shotoku Taishi (574-622 d.C.), no século VII. Segundo Iwao (1978), este príncipe se destacou tanto no campo político, sendo o criador da primeira constituição japonesa e artífice da consolidação do estado japonês, quanto no cultural. Shotoku foi um protetor e impulsionador das artes em geral, tendo criado, sob seu desígnio, a maior construção de madeira do mundo, o templo budista Horyuji, ainda hoje existente. O príncipe Shotoku também mandou um emissário, Ono no Imoko, para o vizinho império chinês, com o qual o Japão tinha dificuldades no campo diplomático. Ono no Imoko tinha uma importante função, delegada por Shotoku Taishi: fazer o poderoso Império Chinês, que até então considerava a monarquia japonesa como estado vassalo, passasse aceitá-la como país independente. Essa demanda foi negada pelos chineses que, por outro lado, começaram a estabelecer contatos comerciais formais com o Japão a partir dessa época. Nesse período, o Japão passa a receber uma mais intensa influência cultural da China.

Segundo Sparnon (1983), entre essas influências, estaria a do arranjo floral budista (kuge), que o próprio Ono no Imoko levaria para o Japão. Os arranjos eram ofertados conjuntamente com incenso e velas, que eram colocados na frente de uma imagem ou símbolo budista. Eles seguiam um estilo simples, chamado de tatebana (tradução literal: flores em pé), que consistia em colocar em um vaso alto, geralmente de metal, três galhos de flores: um no centro do vaso e outro na posição vertical, um galho no lado direito e outro simetricamente colocado à esquerda do galho principal.

Sparnon diz que o kuge, porém, foi o precursor do estilo rikka, que é considerado o primeiro estilo de ikebana. Esse estilo surgiu em 25 de fevereiro de 1462, na cidade de Kyoto, quando Sengyoo, que tinha o pseudônimo de Senkei, fundador da Escola Ikenoboo, fez um arranjo que virou sensação na época. O arranjo rikka da época era assimétrico e compunha-se de sete galhos, cada qual possuindo um simbolismo próprio, descrevendo o mítico Monte Sumeru da cosmogonia budista e, por extensão, o universo inteiro. Os sete galhos representariam: ryoo, ou pico; abaixo deste, gaku, colina; e ainda mais abaixo, roo, cascata; shi, vila e, por fim, bi, vale. Dividindo a cena em duas partes, teríamos o galho yoo, que corresponderia a yang, sol, masculino; e o galho in, correspondendo a yin, terra escura, feminino. Nessa concepção, vemos elementos da filosofia taoísta (yin-yang) misturados com representações vindas do budismo.

Sparnon refere que a escola Ikenoboo organizou-se através de um mestre supremo (iemoto), que dita os cânones do estilo, e que é sucedido por outro iemoto, geralmente seu filho ou parente. Na escola Ikenoboo, os iemotos sucessivos deixaram, durante cerca de 250 anos, 29 estilos distintos de fazer o arranjo rikka, coletados em trabalhos como o “Juukyukajoo” (“As 19 formas”); “Naraimono Nanakajoo” (“As sete formas de estudo”), e “Okuden Sankajoo” (As três formas avançadas de estudo). Os arranjos evoluem de uma tendência representativa e filosófica, para outra mais abstrata e formalística.

O mesmo autor nos diz que a Ikebana surgiu numa época muito particular da história japonesa, onde o poder central, representado pelo Imperador e seu chefe militar (Shogun), estava debilitado e incapaz de manter a unidade política do país. O novo poder emergente eram os grandes senhores feudais (Daimyôs) que, ao mesmo tempo, lutavam entre si em guerras civis pelo controle do poder político, estimulavam as artes e as adotavam no seu viver cotidiano. Durante os séculos 16 e 17, essa aristocracia irá patrocinar a ikebana e usá-la para adornar os seus luxuosos palácios. Os monges budistas e samurais também vão se esforçar para praticar essa arte, na época.

No final do século 16, desenvolve-se, paralelamente à tradição rikka, um novo estilo de ikebana, que nasce dentro de uma nova arte que surgia no momento: a cerimônia do chá.

De acordo com Sparnon (1983), a cerimônia do chá tinha tido uma história parecida com a da ikebana. Seus primórdios estavam ligados à introdução da cultura do chá, vinda da China, no Japão, feita por monges zen-budistas, no final do século 12. Desde então, o chá era consumido em cerimônias feitas em vários estilos até que, no final do século 16, surge a figura de Sen no Rikyu, que eleva a cerimônia do chá a um status de arte. Rikyu, fortemente influenciado pelo zen-budismo, desenvolve uma estética que se caracteriza pela simplicidade (em japonês wabi) e pela aproximação à natureza. Rikyu criou, como estilo arquitetônico para a cerimônia do chá, casas rústicas no meio da natureza, onde o tokonomá (peça arquitetônica japonesa) era adornado por um rolo de caligrafia ou pintura e por uma

ikebana simples (também chamada chabana, ou flor da cerimônia do chá), muitas vezes uma simples flor num vaso rústico. Esse estilo, também chamado nagueire, era caracterizado pela liberdade e espontaneidade na expressão dos aspectos naturalmente belos do material.

Segundo o mesmo autor, no final do século 17, juntamente com a ascensão econômica da classe dos comerciantes, surge uma nova forma de arranjo floral chamada shooka. Essa representa uma simplificação do complexo rikka. Adotada pela nova classe emergente economicamente, caracteriza-se por três galhos principais dispostos num triângulo assimétrico, que ganham variados significados de acordo com cada escola de arranjo floral. No começo do século 19, os três galhos receberam, na maioria das escolas, os significados de tem (céu), chi (terra) e jin (homem).

Segundo Uyehara (1983), no final do século 19, um pouco depois do restabelecimento de relações comerciais e culturais com o Ocidente (ocorrida com a Restauração Meiji, em 1868), surge o Moribana, um estilo de arranjo floral caracterizado pela liberdade de escolha de materiais e pelo uso de vasos baixos e de boca larga. Os arranjos são muitas vezes baixos e quase tocam a beira do vaso, contrariamente aos arranjos nos estilos rikka e shooka, altos e com os galhos partindo do centro do vaso.

Uyehara afirma que, em de 1921, surge o movimento da ikebana estilo-livre, que se insurge contra o formalismo das tendências rikka, shooka e moribana. A partir de 1930, essa tendência é reprimida pela ascensão do regime de direita no Japão.

A mesma autora refere que, na década de 50, surge, por fim, o estilo zen-eibana ou ikebana avant-garde, no qual, além da liberdade da criação, utilizam-se materiais que não são somente flores, mas também plásticos, metais e gesso, num esforço para expressar conceitos abstratos e surrealistas.

Segundo Uyehara, atualmente existem cerca de 1200 a 3000 estilos diferentes de fazer ikebana no Japão. Entre a diversidade de escolas existentes no Japão, focalizarei principalmente o estilo de Mokiti Okada (1882-1955) que, além de abrir espaço para a criação livre, possui também interessantes reflexões sobre o assunto, baseadas numa vida intensamente ligada à arte.

Mokiti Okada<sup>12</sup> nasceu em Tóquio, no bairro de Assakussa, em 1882, sendo o filho mais novo de uma prole de quatro crianças. Sua família tinha como tradição o comércio de antigüidades, desenvolvendo grande capacidade de avaliação de objetos artísticos. Aos 14 anos, ingressou na Escola de Belas Artes de Tóquio, na época dirigida pelo professor Okakura Tenshin, grande estudioso da tradição plástica japonesa, para estudar pintura, desenho e artesanato com laca, que em japonês se chama maki-ê. Infelizmente, alguns meses depois de ter ingressado na Escola, Okada passou por graves problemas de saúde que o obrigaram a abandonar a escola. Posteriormente, aos vinte anos, quando estava restabelecido fisicamente, passou a estudar e criar peças em laca, as quais vendia. É importante notar que o artesanato com esse material era uma arte bastante valorizada no Japão, sendo praticada pelos maiores artistas japoneses. Aos vinte e cinco anos, porém, teve um acidente no qual cortou o nervo principal do dedo indicador, ficando impossibilitado de prosseguir na prática dessa arte. Dedicou-se, após o acidente, ao desenho e criação de

---

<sup>12</sup> Segundo sua biografia “*Luz do Oriente*”, editada pela Fundação Mokiti Okada (1982)

bijouterias nas quais usava algumas técnicas artesanais tradicionais do Japão como raden, fukurin, heidatsu e maki-e de maneira inovadora. Devotou-se a essa arte até os quarenta e nove anos. Aos quarenta e quatro, começou a compor poemas em que usava formas consagradas pela tradição japonesa, como a poesia waka e kanku. Por volta da mesma época, começou a dedicar-se ao desenho, pintura e caligrafia. Esta última disciplina tem status de arte no Japão. Aos 52 anos, começou a praticar a arte de vivificação floral, além de exercer jardinagem desde a juventude e ter se devotado à criação paisagística e ao desenho arquitetônico nos últimos dez anos de vida.

Segundo o livro *Luz do Oriente*, além de ter sido praticante de inúmeras artes, Mokiti Okada foi um apreciador e estudioso de várias outras, tendo também desenvolvido atividades como colecionador, mecenas e crítico de arte. Seus interesses iam do cinema ocidental à cerimônia de chá japonesa, passando pelo cinema japonês, música erudita ocidental, música tradicional japonesa, escultura, pintura, cerâmica, teatro kabuki, teatro ocidental, arquitetura, caligrafia, artesanato, paisagismo e literatura. Conviveu com os maiores estudiosos da arte japonesa, com os quais teve ocasião de travar um importante diálogo. Entre estes estudiosos podemos mencionar Okakura Tenshin, já anteriormente citado, Hashimoto Gyoin, monge budista e profundo conhecedor das belas artes japonesas, Tanigawa Tetsuzoo, crítico de arte e diretor do departamento de literatura da Universidade Hoosei, Madeleine David, representante da UNESCO e vice-diretora do Museu Chernuschi de Belas Artes Orientais de Paris, Allan Priest, diretor do “The East Asian Arts Department” do “Metropolitan Museum of Art in New York e outros. O mesmo ocorreu com os artistas, entre os quais os pintores Buzan Kimura e Kanzan Shimomura, o artista de música tradicional japonesa Kossaburoo Yoshimura, o diretor de cinema Senkiti Tanigawa, o artista radiofônico Musei Tokugawa e o arquiteto Issoya Yoshida, entre outros.

Também muito importante foi sua atividade como colecionador, que o fez estudar profundamente a tradição cultural oriental, em particular a japonesa. A partir desse estudo, pôde colecionar obras de arte que são a base de dois museus de belas-artes, os Museu MOA de Belas Artes das cidades de Atami e Hakone. Entre milhares de obras de arte que ele colecionou, estão três peças consideradas Tesouro Nacional pelo governo japonês: o “Biombo das Ameixeiras”, obra-prima de Korin Ogata, considerado por muitos como o maior pintor japonês de todos os tempos; o “Pote de Glicínias”, obra-prima de Nonomura Ninsei, considerado também por muitos como o maior ceramista japonês de todos os tempos e o “Álbum das 311 obras de caligrafia de imperadores, shoguns, poetas e outros autores”. O esforço de Mokiti Okada para colecionar essas obras foi feito no pós-guerra, quando, devido à precária situação financeira do Japão, muitas peças estavam sendo vendidas para o exterior, o que fez sua atividade ser altamente valorizada pelo governo japonês na época.

De acordo com sua biografia, toda a convivência com a arte fez com que Mokiti Okada criasse uma nova concepção de ikebana, a partir de 1936, quando morava numa ampla casa com um grande jardim de cerca de 16 mil metros quadrados, no bairro de Tamagawa, Tóquio. A essa casa, que proporcionava uma bela vista do Monte Fuji, ele deu o nome de Solar da Montanha Preciosa que, em japonês transliterado, diz-se Hoozan-soo.

Segundo sua biografia, no vasto terreno da sua propriedade, Okada cultivava flores das quatro estações do ano, de forma ecológica. Não usava agrotóxicos, pois havia

pesquisado o plantio de hortaliças, cereais e frutas com ajuda de compostagem vegetal, ao qual ele deu o nome de agricultura natural.

Mokiti Okada usava as flores cultivadas por ele próprio, juntamente com ervas e galhos de árvores de seu próprio jardim em seus arranjos florais. Valorizava as flores colhidas no seu próprio jardim, pois elas possuíam um frescor maior do que as compradas em floriculturas. Mas não rejeitava os materiais advindos delas, se estivessem em bom estado de conservação.

Essa nova concepção de ikebana alia a liberdade de criação à percepção apurada das formas da natureza, e sua essência está, a meu ver, localizada numa frase de Mokiti Okada: “Mazu nerai o tsukete oite, sutto kitte, sutto sassu, to ditsuni ii” (em tradução livre: Em primeiro lugar, mire o aspecto que você sentiu ser o mais belo dentro do todo do galho, defina-o; num movimento rápido e leve, corte-o e fixe-o no substrato; assim, realmente fica muito bonito) (Okada, s.d.).

No aspecto prático, isso significa que o praticante de seu estilo pega um ramo (de flor, folhagem ou lenhoso) que achou o mais bonito entre os ramos que estão à sua disposição e observa-o atentamente, procurando o aspecto do ramo que achou mais belo. Posteriormente, corta o ramo no tamanho que achou mais adequado e coloca-o na posição que achou mais interessante, fixando o ramo à base do arranjo. O praticante, então, olha para o vaso com o ramo e, se estiver satisfeito, pára nesse único ramo, dando por encerrado o arranjo. Caso contrário, recomeça o processo, escolhendo um segundo ramo entre aqueles que estão à sua disposição, até chegar a um resultado que lhe agrade.

O praticante não segue nenhum cânone estético em particular, tendo total liberdade na escolha do material. Porém, é enfatizada ao praticante do arranjo floral a percepção apurada das formas da natureza e do seu próprio desejo em relação à flor.

Mokiti Okada tem uma visão em relação à estética bastante interessante, influenciada de um lado por fontes filosóficas que remetem ao xintoísmo, taoísmo, zen-budismo, de um lado, e, de outro, ao pensamento de Henri Bergson<sup>13</sup>.

Em relação à Natureza, Okada compartilha da visão da filosofia oriental, na qual esta é sempre superior ao homem, cabendo a ele aprender com ela. O homem é parte da natureza, de um todo maior, com o qual tem que se relacionar. Joseph Campbell (1962) sustenta que a cosmovisão japonesa do mundo e da natureza é influenciada pelo xintoísmo, taoísmo, budismo e zen. Do xintoísmo, primitiva religião japonesa, Campbell assinala que a mentalidade nipônica adquiriu a noção de que os processos da natureza não podem ser maus. Do budismo, ela absorveu a noção de que “o todo é um” e “o um é o todo”, o que vinculou o homem e a natureza de forma indissolúvel. No budismo também há o ensinamento de que todas as coisas, inclusive as da natureza, encaminham-se ao estado de Buda, ou perfeição. O taoísmo trouxe para os japoneses o sentimento de ordem na natureza. O zen deu ao Japão a consciência de que a ação livre e natural advém da disciplina do homem em seguir a Natureza. Okada (1952) compartilha dessa visão, tanto que escreve:

---

<sup>13</sup> Okada (1882-1955) foi contemporâneo de Bergson (1859-1941), tendo lido suas obras ainda na juventude.

*“Tudo que há no Universo acha-se em perfeita harmonia. Só há desarmonia para quem vê as coisas superficialmente- é um erro de ponto de vista. A desarmonia que se apresenta aos olhos do homem é apenas aparente. Isso porque ela é criada pelos homens e sua causa é a ação antinatural. Ou seja, do ponto de vista da Grande Natureza, a desarmonia decorrente da ação antinatural é a verdadeira harmonia.” (...)* (Okada, 1952, p. 411)

Okada traz idéias que estão presentes na cosmovisão oriental, ou seja, o sentido de ordem contido na Natureza, a ligação indissolúvel entre ela e o homem, e a crença nos aspectos benéficos dela e na necessidade do homem agir dentro da harmonia da Natureza, para poder obter bons resultados dos seus atos. Em sua filosofia, há um estreito paralelismo entre homem e Natureza, que notamos existir também na filosofia bergsoniana. De acordo com Trevisan<sup>14</sup> (1995):

*“A realidade, segundo Bergson, é vir-a-ser, duração. Partindo da ‘duração verdadeira, observada intuitivamente, o bergsonismo propõe-se com ela, esclarecer a natureza do Universo. Lança, para tanto, uma ponte entre o terreno psicológico e a Natureza do Universo: aplica simplesmente à evolução cósmica os caracteres da evolução psicológica: o Universo progride com a consciência; a mesma duração do eu é a duração do mundo.”* (Trevisan, 1995, p. 45)

Do mesmo modo que Bergson tenta elucidar a evolução do Universo através da consciência, o caminho inverso também é verdadeiro, aponta Trevisan (1995). Ou seja, a consciência é fruto da evolução universal. Nesse ponto, vemos que há um rigoroso paralelismo entre consciência e mundo, entre consciência e natureza. Ou melhor, há uma identidade entre nosso ser mais íntimo e a substância das coisas exteriores, a partir da duração<sup>15</sup>, segundo Bergson :

*“Ela (a duração) está no fundo do nosso ser e, nós bem o sentimos, é a substância mesma das coisas com as quais estamos em comunicação.”* (Bergson, s. d., p.24).

Essas formulações bergsonianas, segundo Trevisan (1995), estão de acordo com as mudanças de paradigma geradas pelas descobertas da física moderna, que vieram a derrubar a física newtoniana e a visão cartesiana do mundo no qual ela se embasava. Essas descobertas, que geraram a teoria da relatividade e dos quanta, acabaram por destruir noções clássicas como as de espaço e tempos absolutos e a da natureza estritamente causal

---

<sup>14</sup> Rubens Muríllio Trevisan escreveu uma obra na qual introduz o pensamento bergsoniano e seu impacto sobre a pedagogia, chamada “Bergson e a Educação”.

<sup>15</sup> Duração: Conceito bergsoniano que procura desvincular a noção de tempo vivido do conceito de tempo matemático, abstrato.

dos fenômenos físicos. Todas essas mudanças fizeram tornar inviável a descrição objetiva da natureza, como a que vinha sendo feita até então. Em lugar dessa imagem, está vindo outra, que pode ser definida como orgânica, holística e ecológica. Trevisan enuncia (1995):

*“O universo deixa de ser visto como uma máquina, composta de uma infinidade de objetos, para ser descrito como um todo dinâmico, indivisível, cujas partes estão inter-relacionadas e só podem ser entendidas como modelos de um processo cósmico.”* (Trevisan, 1995, p. 38)

Essa visão do universo como um todo orgânico, presente tanto na filosofia bergsoniana como na física moderna, tem correspondências com a visão oriental sobre a Natureza. Assim expõe Capra (1973):

*“Em contraste com a visão mecanicista ocidental, a visão oriental do mundo é orgânica. Para o místico oriental, todas as coisas e todos os fatos percebidos pelos sentidos se acham inter-relacionados, unidos entre si, constituindo tão simplesmente aspectos ou manifestações dessa realidade última. Nossa tendência para dividir o mundo que percebemos em coisas individuais e isoladas, e para experimentar a nós mesmos como egos isolados neste mundo, é vista como uma mentalidade voltada para a mensuração e categorização.* (Capra, s. d., p. 26).

Tanto na visão oriental, como na ocidental contemporânea, a visão mecanicista clássica, advinda do racionalismo cartesiano, que separava a natureza em mente (*res cogitans*) e matéria (*res extensa*), é rejeitada. Porém, essa visão cartesiana tem uma influência muito forte sobre a sociedade contemporânea, por ter permitido o avanço da ciência material, principalmente através da física newtoniana. Sob essa óptica a matéria é tratada pelos cientistas como algo sem vida e inteiramente apartada de si mesma. O universo é visto como *“uma vasta quantidade de objetos reunidos numa máquina de grandes proporções.”* (Capra, s. d., p. 25). Essa idéia fornece as bases de uma visão utilitarista da natureza, através de um *split* radical entre sujeito e objeto. O homem se sente superior à natureza, que deve ser controlada e explorada em benefício próprio.

Contrariando a visão utilitarista e da natureza como algo sem vida própria, a visão oriental, segundo Capra (1975), tem um caráter fluido e em eterna mudança. A natureza, de acordo com ela, *“é intrinsecamente dinâmica, contendo o tempo e a mudança como características fundamentais”* (Capra, s. d., p.26). O movimento e a mudança são propriedades essenciais das coisas, sendo elementos intrínsecos da matéria. Na cosmogonia oriental, as coisas e a natureza possuem o que poderíamos chamar bergsonianamente de duração. Okada (1949) concorda, ressaltando que os homens devem ter muita mais interesse por essa categoria denominada de tempo:

*“Tudo o que existe, inclusive o que se relaciona ao homem, é regido pelo Tempo. A delimitação do apogeu e da decadência subsequente, das mudanças históricas, das*

*definições do bem e do mal, da justiça e da injustiça, tudo está subordinado a ele. Por esse motivo, o que agora é um bem daqui a alguns anos poderá ser um mal, e aquilo que hoje é considerado verdade poderá ser desprezado amanhã, por tornar-se falso. O passado nos mostra que as coisas que atualmente estão no apogeu um dia infalivelmente entrarão em decadência.”* (Okada, s. d., p.406).

Ele também vê a natureza e o homem como seres em constante mutação. Citando as idéias de Bergson, Okada (1951) coloca suas reflexões:

*“(…) Dentro de sua filosofia, Bergson emite um conceito muito interessante: ‘Todas as coisas se movem’. Isto quer dizer que tudo está em contínuo movimento. Este ano, por exemplo, difere do ano passado em tudo. O mesmo podemos dizer a respeito do mundo, da sociedade e dos nossos próprios pensamentos e circunstâncias. Somos diferentes até mesmo do que fomos ontem, ou há cinco minutos atrás. Aqui podemos aplicar o velho ditado: ‘Trevas a um palmo do nariz’. Assim, se aplicarmos a teoria bergsoniana ao homem, em, todas as situações, notaremos o seguinte: diante de um fato, as nossas observações e pensamentos de hoje devem ser diferentes das observações e pensamentos do ano anterior (...)”*

De certa forma, Okada indica a existência do eterno vir a ser dentro e fora do homem, tema que é uma constante no pensamento bergsoniano, e que traz afinidades desse autor com Heráclito<sup>16</sup>(Trevisan, 1995). Em termos da percepção das contínuas mudanças dentro do indivíduo, Bergson (1889) as denominou de duração heterogênea. Ela estaria ligada a uma introspecção do indivíduo e ao auto-exame das suas situações de consciência e duração, o que o levaria a perceber como os diversos estágios de consciência são diferentes uns dos outros, heterogêneos.

Okada também vê, como Bergson, uma oposição entre um “eu superficial” e um “eu profundo” (ao qual Okada traduziu ou redenominou como ‘eu do momento’). Novamente comentando Bergson, Okada (1951) assim se refere ao eu superficial:

*“(…) Segundo a teoria de Bergson, mal o homem começa a ter noção do mundo à sua volta é cercado de comentários, imposições de lendas e instruções que lhe criam uma espécie de ‘barreira mental’, antes de atingir a maioria. Essa ‘barreira’ o impede de assimilar novas teorias. Uma mente desimpedida as compreenderá com facilidade, pois tem livre arbítrio; por isso aconselhamos que a mente seja aberta como uma página em branco. Entretanto são poucos os que se apercebem a barreira.”* (Okada, s. d., p. 369)

---

<sup>16</sup> Heráclito de Éfeso, filósofo pré-socrático grego, desenvolveu sua obra entre 504-500 a. c.(Kuhnen, 2000). Segundo Hegel (2000), Heráclito é o primeiro a postular na filosofia ocidental os problemas do devir e das transformações dos seres. Heráclito coloca: *“Tudo flui, nada persiste, nem permanece o mesmo”* (Souza, 2000, p. 103)

Nesse ponto, Okada se aproxima de outros intérpretes da obra de Bergson, como Trevisan (1995), que afirma que a inteligência racional, característica do eu superficial tende a captar a realidade de forma fragmentária e estática. Por outro lado, o mesmo autor indica que, na filosofia bergsoniana, a liberdade é um ato imediato, intuitivo, livre da interferência dos conceitos e dos raciocínios abstratos. O próprio Bergson (1907) escreve que “o ato livre é incomensurável com a idéia, e a sua racionalidade deve ser definida por essa mesma incomensurabilidade”(Bergson, s. d., p.79). Okada (1951), referindo-se ao ato livre, intuitivo, diz:

*“Quem já leu o princípio de Bergson, comece a ser agora, o ‘eu do momento’. Este ‘eu do momento’ refere-se à impressão instantânea, captada no momento em que se observa, ou se ouve alguma coisa. É agir como uma criança, sem dar tempo para intromissão de ‘barreiras’. Muitas vezes admiro certas palavras usadas pelas crianças para se certificarem de algo que um adulto lhes disse: Bergson chamou isso de ‘Teoria da Intuição’. Através desta, ele também queria nos mostrar que uma observação fiel consiste em ver a coisa tal qual ela é, sem torcê-la, relacionando-a ao ‘eu do momento’.”*

Temos aí uma aproximação de Okada à questão da intuição, que é característica do eu profundo, e sua importância como colocador dos verdadeiros problemas. Dentro da obra bergsoniana, segundo Deleuze (1966), todo o interesse se volta aos verdadeiros problemas propostos pela intuição, em contraposição aos falsos problemas colocados pelo eu superficial.

Em uma obra de introdução ao pensamento de Bergson, Pessanha (1979) nos fala sobre os dois conceitos, de eu superficial e do eu profundo:

*“O contraste entre o eu de superfície - automatizado, pragmático, espacializado, preso às injunções da sobrevivência e da vida social - e o eu profundo marca todo o bergsonismo. E permite a Bergson retomar a questão do livre-arbítrio, formulando-a de forma totalmente diferente da concepção clássica. Para Bergson o livre arbítrio não se encontra no eu superficial, que é de fato totalmente determinado. A liberdade se encontraria no eu profundo que quer, que se apaixona, que amadurece, que evolui, que cresce sem cessar, que é puro dinamismo e constitui a verdadeira personalidade do indivíduo. Bergson reconhece, porém que a maioria dos homens vive apenas o eu de superfície, atravessando a existência sem jamais experimentar a verdadeira liberdade. Essa liberdade é que transparece na ação criadora dos reformadores, dos santos, dos místicos, que rompem as barreiras da moral e da religião fechadas, para criarem, além dos preceitos cristalizados e dos comportamentos rotineiros, os horizontes abertos de uma religiosidade e de uma moral que brotam das vivências profundas do eu.”* (Pessanha, 1979, pp. XIII e XIV)

O contraste entre o eu de superfície, racional, preso às circunstâncias do aqui e agora e o eu profundo, eu do momento, ou da duração, fica patente na obra de Bergson. É interessante pensar que podemos fazer aproximações desses dois conceitos aos de

verdadeiro self e falso self do pensamento winnicottiano. O eu de superfície, racional, mental, tem uma analogia com o falso self, aspecto da mente do bebê que se diferencia para poder cuidar da mãe. Winnicott (1965) acaba dando um aspecto racional a esse self, que é oriundo da clivagem do intelecto. Em contraposição ao falso self está o verdadeiro self, que está ligado à continuidade do ser, como o eu profundo de Bergson. Aliás, como expõe Felt (1987), para Bergson, a pessoa ou self constitui uma continuidade no tempo. Aliás, esse é um dado fundamental da teoria de Bergson (1903):

*“Há uma realidade, de qualquer maneira, a qual todos nós apreendemos de dentro, pela intuição e não pela simples análise. Essa realidade é nossa própria personalidade em seu fluxo através do tempo – nosso self enquanto dura.”* (Bergson, 1975, p. 109)

Safra (1999) analisa o conceito de duração bergsoniana e aponta a importância da sua presença para a constituição do self no bebê:

*“O termo duração foi utilizado por Aristóteles para se referir ao período de vida de uma coisa. Diversos filósofos trataram do tema. Bergson (1939) separa o conceito de tempo do de duração. Denomina duração ao tempo real, não espacializado. Na duração existe uma fluidez da consciência, sem separações, na qual, a cada instante, tudo é novo e tudo é, ao mesmo tempo, conservado. Do ponto de vista dos primeiros estados do self, o cuidado proporcionado pelo meio ambiente, sem invasões, dá a condição para que o bebê viva a continuidade de si, em que a duração tem papel significativo.”* (Safra, 1999, p.57)

Ao mesmo tempo em que aproxima a duração bergsoniana do conceito winnicottiano da continuidade do ser, Safra ressalta a importância do cuidado do outro na constituição do self. Nesse ponto, acredito que apesar da proximidade dos conceitos de duração com o de continuidade de ser, a reflexão winnicottiana se distingue, porque, de certa forma, refere-se à gênese da duração na relação mãe e filho. Vemos, a partir da reflexão de Safra que, com o acompanhamento preciso da mãe aos ritmos do bebê, este formará o núcleo que irá integrar elementos sensoriais como sensações táteis, sonora, gustativas e outras que irão compor o self do bebê. Safra (1999) revela:

*“Este núcleo sustentado pela mãe ao longo de um período dá ao bebê **duração** em qualidades, levando-o a eventualmente constituir o que poderíamos denominar **tempo subjetivo**. Neste tempo o bebê existe, com vivacidade, como ser em presença de outro, vivido como parte de si mesmo. É um tempo que, por ter surgido a partir do ritmo singular da criança, faz parte de e é o seu self. Ele é fruto da continuidade de ser do indivíduo e o retira do vácuo da eternidade e do não ser. Resgata-o da angústia impensável.* (Safra, 1999, p.57 – o grifo é do autor)

O autor indica que, se não houver a estruturação do tempo subjetivo, a partir da duração, há também prejuízo à constituição do self. O que resta ao bebê é a angústia impensável, o vácuo da eternidade e do não-ser. Há, então, um hiato entre o ritmo do bebê e

a maneira como o mundo se organizou. Safra (1999) estabelece que essas pessoas acabam por sofrer “*uma fratura de não ser em seu self, que acarretará um prejuízo na função de realização, na criação da realidade.*” (Safra, 1999, p. 58 – grifo é do autor). Ocorre, pois, uma falha a partir da qual se estabelece um conflito com a realidade e que se constituirá no que a psicanálise denomina como núcleo psicótico.

Pacientes que sofreram com a constituição do tempo subjetivo tenderão a viver o tempo organizado socialmente como invasor e outro absoluto. Eles necessitarão, segundo Safra, organizar sua terapia de acordo com o seu ritmo pessoal, “*para estar, durar no tempo subjetivo estabelecido na situação transferencial*” (Safra, 1999, p. 66). Essas durações são chamadas por Safra de passagens. Se elas não forem possíveis, os momentos serão vividos como rupturas no self.

O mesmo autor (Safra, 1999) sustenta que uma das maneiras de se atingir o tempo subjetivo seria a percepção de que o tempo pode ser usado como uma matéria plástica, para se expressar e jogar. Acredito que o espaço da oficina terapêutica de arranjos florais, onde procuramos respeitar ao máximo o ritmo particular de cada paciente, e onde cada um pode criar seu estilo de expressão, brincando com os materiais, ajude na constituição do tempo subjetivo.

Uma vinheta clínica de uma paciente que freqüentava a oficina terapêutica de arranjos florais do CAPS-Saquaré<sup>17</sup> pode ser interessante para esclarecer a questão do tempo nesse tipo de atendimento.

Teodora era uma paciente que estava freqüentando uma oficina terapêutica no CAPS-Saquaré. Nos últimos seis meses ela estivera com humor oscilante, agitada, agressiva em suas falas. Porém participava quase que semanalmente da oficina. Um dia relata durante uma oficina, que esta lhe ajudara muito. Teodora fala que nos últimos tempos havia momentos em que ela tinha uma sensação forte de que estava morta. Relata que estava com angústia na alma, estava triste, chorosa, porque havia muita briga em casa. Relata que se sentir como morta lembrava o tempo do antigo Anchieta, onde ela tomava muitos eletrochoques e depois se sentia “*como se estivesse fora do tempo, abobada*” (sic). Relata que, quando estava em crise, ficava perturbada, achando que “*o inimigo das almas ia me pegar, ia matar minha alma, ela ia perecer e meu espírito também. Lembro-me que por causa disso, ficava gritando o tempo todo quando estava em crise, era para afugentar o inimigo, eu gritava para Deus, não conseguia dormir*”.

Relata que por outro lado, na oficina, podia desabafar, falando e fazendo os arranjos florais. Relata que ama as flores, “*as flores me fazem lembrar de Deus*” . Fala que as flores lembram “*o jardim de Deus*” onde ela queria morar para sempre.

Através dessa vinheta clínica, entramos em contato com a experiência de uma paciente psicótica para quem a crise estava relacionada como a quebra no sentido de sua continuidade do ser, apresentada como sentimento de morte, de estar morta. O ser é ameaçado de destruição pelo inimigo, que mataria sua alma.

Por outro lado, as flores e o espaço da oficina serviam como espaço da expressão de sua subjetividade, sendo então constitutivos do seu ser. A identificação de Teodora com as

---

<sup>17</sup> O CAPS-Saquaré é uma instituição psiquiátrica, com ambulatório e hospital dia, inaugurada em 1997, sendo mantida pela prefeitura de São Vicente.

flores e dessas para com Deus, remete para a sua continuidade como ser. Teodora quer viver no jardim de Deus, para onde ela sempre duraria.

A oficina faz com que o sentido de continuidade do ser de Teodora possa ser preservado, evitando que Teodora entre na crise psicótica.

Através destas reflexões pudemos ter uma breve noção da importância da duração na constituição do self, segundo a teoria winnicottiana. Ressalto, aqui, que o estilo de arranjo floral de Mokiti Okada, à medida que permite a livre expressão do indivíduo, tende a estabelecer uma duração no decurso da feitura do arranjo floral, contribuindo para o estabelecimento de uma experiência de continuidade do ser.

#### 4. Percebendo as flores: Okada e fenomenologia de inspiração merleau-pontyana

A concepção estética do arranjo floral no estilo de Mokiti Okada permite o retorno às coisas, pregado pela fenomenologia de Merleau-Ponty (1971). Assim se expressa o filósofo:

*“Retornar às coisas mesmas é voltar-se para este mundo anterior a todo conhecimento, do qual o conhecimento fala sempre e com relação ao qual toda determinação científica é abstrata, significativa e dependente, assim, como a geografia com relação à paisagem, onde aprendemos de início o que é uma floresta, um campo, um riacho”* (Merleau-Ponty, 1971, p.III)

Mokiti Okada, intuitivamente segue a senda de Merleau-Ponty, desvencilhando-se das concepções formalistas das escolas de Ikebana, que tendem a um geometrismo rígido, determinando tamanho e a angulação dos galhos para se obter determinado efeito estético. Assim se posiciona Okada (1953):

*“Na atualidade, não existe tal modo de se vivificar uma planta. Em princípio, o professor de ikebana acaba invariavelmente, definindo uma forma – embora recentemente isso esteja desaparecendo – em função de um estilo, ou da forma do mestre, acabam de certa maneira, inutilizando os aspectos naturais. Isso não corresponde à forma verdadeira.* (Okada, s/d, p.2)

Okada cria uma nova estética onde o importante é a experiência vivida e fundada no ato perceptivo individual, campo privilegiado do entrelaçamento mundo-corpo que, segundo Coelho e do Carmo (1991), é uma temática fundamental na filosofia merleau-pontyana. Merleau-Ponty (1945) diz:

*A verdade não habita o homem interior, ou antes, não há homem interior, o homem está no mundo, e é no mundo que ele se conhece”.* (Merleau-Ponty, 1945, p.V)

Para Merleau-Ponty, portanto, o homem pode se conhecer através dos objetos do mundo. Esse conhecimento se dá através de uma consciência aberta ao mundo. Isso, de acordo com Coelho e do Carmo configura a superação de uma consciência fechada sobre si própria. Merleau-Ponty (1945) coloca:

*“O mundo não é aquilo que eu penso, mas aquilo que vivo, sou aberto ao mundo, me comunico indubitavelmente com ele, mas não o possuo, ele é inesgotável”* (Merleau-Ponty, 1945, p.XII)

Vemos, a partir, daí que com o estilo livre de ikebana de Mokiti Okada, através da comunicação do homem com a flor, que é um objeto da natureza e do mundo, ele pode se conhecer. É interessante pensar que o formato de cada flor também é único, ou seja, que a natureza possui uma multiplicidade que é inesgotável. Por outro lado, aponta Coelho (1988), Merleau-Ponty não considera a consciência como um ancoradouro de sua filosofia. Merleau-Ponty (1945) discorda do paradigma fenomenológico de uma consciência constituinte que atribui sentidos à vivência. Para ele, a complexidade da experiência humana ultrapassa essa noção de consciência constituinte.

Coelho (1988) diz que Merleau-Ponty aceita a noção de inconsciente, tomada à psicanálise freudiana. Não aceita literalmente, porém. Merleau-Ponty (1968) diverge da noção freudiana de inconsciente como depósito dos conteúdos que o consciente decidiu não assumir. Ele mostra que, ao pensar dessa forma, Freud coloca o inconsciente como uma instância regida pela consciência.

Merleau-Ponty, parte, então, segundo Coelho (1988), a considerar o inconsciente como consciência perceptiva, ou melhor, aproxima este da *“vivência pré-reflexiva, onde ao invés de representações e nomes encontramos uma ‘lógica de implicação ou de promiscuidade’ relação com a própria experiência vivida.”* (Coelho, 1988, p. 52)

No final de sua vida, ainda em Coelho (1988), Merleau-Ponty modifica radicalmente o sentido de sua obra. Ele radicaliza o primado da percepção e do sensível, e busca estabelecer uma ontologia do último. Nesse momento, a noção de inconsciente toma uma nova importância, ao mesmo tempo em que abandona a noção de consciência. O autor não fala mais de consciência perceptiva e sim de percepção. Merleau-Ponty deixa o campo da vivência pessoal e a noção do sujeito da percepção e se dirige ao *“campo pré-pessoal da vivência mais originária do corpo e da percepção que seria anterior, ontologicamente, ao pensamento e às noções de sujeito e consciência”* (Coelho, 1988, p. 54)

Merleau-Ponty (1968) chega então, ao que ele denominou de filosofia da “carne”, do sensível:

*“Uma filosofia da ‘carne’ está em um pólo oposto às interpretações do inconsciente em termos de ‘representações inconscientes’, tributo pago por Freud à psicologia de seu tempo. O Inconsciente é o sentir mesmo, já que o sentir não é a posse intelectual ‘daquilo’ que é sentido, mas sim desposseção de nós mesmos em seu proveito, abertura àquilo que em nós não é necessário pensar para compreender”.* (Merleau-Ponty, 1968, pp. 168 e 169)

Coelho (1988) aponta que Merleau-Ponty caminha para um inconsciente primordial, ou seja, para a indivisão do sentir. Esse inconsciente, que fornece as bases para as

investigações merleau-pontyanas dos fundamentos das vivências de sensível, diferencia-se do inconsciente freudiano, habitado por representações como a consciência. O inconsciente merleau-pontyano<sup>18</sup> será o “deixar ser, o sim inicial, a indivisão do sentido”. (Merleau-Ponty, 1968, p. 179). Nesse ponto Merleau-Ponty revela pontos que convergem com pensamento de Mokiti Okada:

*“Pretendo ter como norma, elevar a alma com o regozijo através dos olhos – acima de qualquer lógica, sem que se perceba, de uma forma natural entretendo-se. Em suma, esse tipo de educação é a verdadeira, seja ela artística ou quaisquer outra. O método de educação adotado até hoje está errado. Ou seja, aquilo que mesmo as crianças, possam ter uma boa formação de caráter, aprendendo com prazer, divertindo-se”.* (Okada, s/d, p. 47)

Apesar de Okada usar termos que não são comuns à filosofia de Merleau-Ponty, como alma e caráter, notamos que está presente o conceito de uma educação que leve o sensível e não a razão crítica como primordial. Aproxima-se Okada da noção do inconsciente merleau-pontyano como sentir mesmo, sem estar sob a possessão da razão. O mais importante é o primado da sensação sobre a razão, tanto na filosofia merleau-pontyana da percepção como na okadiana sobre a educação.

Silveira (1982) segue o mesmo caminho, quando permite aos seus pacientes que eles pintem ou se expressem através de variados meios de expressão sem a presença de cânones estéticos, que sempre são elaborados a partir da razão crítica. Ela permite o primado da percepção dos seus pacientes, mesmo quando essa percepção não se dá de acordo com a maneira de perceber das pessoas ditas normais. Ela mesma considera que a percepção do espaço e do tempo está relacionada à vivência subjetiva de cada pessoa<sup>19</sup> e procura, baseando-se em Merleau-Ponty<sup>20</sup>, compreender a maneira como seus pacientes psicóticos compreendem o espaço.

---

<sup>18</sup> À medida que Merleau-Ponty dirige sua reflexão para indivisão do sentir, para antes da separação entre sujeito e objeto, notamos que ele se aproxima do pensamento winnicottiano, principalmente em relação ao conceito de ilusão. Segundo esse conceito, a percepção inicial do bebê é anterior à divisão sujeito/objeto. O bebê percebe e, ao mesmo tempo, alucina ter criado sua percepção. O mundo está fusionado ao seu self; por isso, o bebê não percebe a separação de si próprio da do mundo. Segundo o pensamento winnicottiano, a ilusão está na origem da vida psíquica, não a representação (Lins, 1996). Jung defende ponto de vista semelhante com seu conceito de *participation mystique*: “*A identidade é uma característica da mentalidade primitiva e a verdadeira base da participation mystique, que nada mais é do que uma relíquia da não diferenciação original entre sujeito e objeto, e, portanto, do estado inconsciente primordial. É, também, uma característica do estado mental da primeira infância e finalmente do inconsciente do adulto civilizado.*” (Jung, 1921, parágrafo 741)

<sup>19</sup> Nesse ponto, Silveira (1982) segue a idéia do psiquiatra de inspiração fenomenológica Eugène Minkowski. Ele desenvolveu uma teoria de que a percepção do tempo e do espaço está ligada às vivências subjetivas de cada indivíduo. Minkowski teve, como principal inspirador filosófico, Bergson, a partir do qual elaborou a idéia de tempo vivido; em segundo, Husserl (Metzel, 1970).

<sup>20</sup> Silveira (1982) concorda com a tese de Merleau-Ponty (1945) de que o psicótico sofre de um estreitamento do espaço vivido que leva a um enraizamento das coisas em seu corpo e à vertiginosa proximidade do objeto.

Silveira (1986) e sua equipe também usaram a ikebana como forma de expressão livre para seus pacientes. De acordo com Maria Abdo e Luciana<sup>21</sup> (1986): *“Em agosto de 1972, a professora Talita ofereceu sua colaboração à Casa das Palmeiras propondo dar aos clientes aulas de ikebana. Essa nova atividade despertou muito interesse, mas logo as regras da Ikebana foram abandonadas. E o arranjo floral tornou-se completamente livre.”*

O estilo livre desenvolvido pela equipe da Casa das Palmeiras junto aos seus pacientes tem um paralelo com a proposta de Okada. Apenas não temos a descrição de um método de arranjar as flores, que talvez fosse menos elaborado do que de Okada<sup>22</sup>.

A utilização do arranjo floral pela equipe de Silveira trabalha na questão do visível e do invisível apontada por Merleau-Ponty: *“O sentido é invisível, mas o invisível não é o contraditório do visível: o visível possui ele próprio uma estrutura de invisível...”* (Merleau-Ponty, 1964, p. 269)

A equipe, porém, no âmbito de seu estudo, deu atenção mais a significações verbais relacionados aos arranjos do que ao próprio sentido advindo da estrutura visível do arranjo. Acredito que isso se deva à dificuldade de documentação do arranjo que, para ser preservado precisa ser fotografado, ao contrário de desenhos e esculturas que podem ser simplesmente guardados<sup>23</sup>. Faremos, ao final dessa dissertação, o relato de um caso clínico onde podemos notar a evolução do paciente através dos arranjos feitos por ela e que foram documentados fotograficamente.

Apesar de termos caminhado com Merleau-Ponty até uma filosofia da carne, quero fazer algumas considerações sobre o pensamento do filósofo. Acreditamos que a busca merleau-pontyana da vivência perceptiva pura, da indivisão sujeito-mundo, descreve parte dos fenômenos perceptivos. A primazia da percepção é fundamental para pensar a função dessa na formação do self. Porém acredito não podermos abolir a noção de consciência totalmente, como almejou o filósofo francês. cremos, sim, que em muitos momentos é necessário deixar a consciência em suspenso, para o primado da percepção poder imperar. Isso acontece no momento em que, por exemplo, quando fazemos um arranjo floral de forma livre ou quando um psicanalista pede para o paciente falar livremente, sem censurar, o que vem à sua mente. Contudo, a consciência como intencionalidade está presente numa tensão dialética com o inconsciente perceptivo merleau-pontyano.

De Mazzieri(1999) colocando esse problema do ponto de vista winnicottiano, nos diz:

---

<sup>21</sup> Monitoras da Casa das Palmeiras, responsáveis pela oficina de ikebana. Na época, a diretora clínica era Silveira.

<sup>22</sup> Acredito que o método de Okada, já descrito anteriormente, enfatiza ainda mais o primado da percepção, proposto por Merleau-Ponty.

<sup>23</sup> Silveira (1982, 1992), a meu ver, era brilhante no desvelamento das significações das obras dos seus pacientes. Essas obras, principalmente esculturas e pinturas, tiveram seu sentido interpretado por ela.

*“Milner<sup>24</sup> aborda que o homem cria um mundo de significados pela presença da ilusão, ao mesmo tempo que cria uma realidade simbólica e uma subjetividade. Trata-se da possibilidade de dotar o externo com algo de si e assim tornar familiar o não familiar. Destaca ainda a importância de considerarmos o papel da ilusão em um trabalho artístico. Se é através da desilusão que podemos fazer distinções entre sujeito e objeto para alcançarmos uma maturidade emocional, será através das artes que poderemos reintegrar o **split** e trazermos sujeito e objeto para uma nova unidade. Esta experiência vivida através da arte foi chamada pela autora de **experiência estética**, uma vez que nela o sujeito se sente participante das características do objeto. Fica claro também, no pensamento de Milner, que somente através das experiências estéticas a subjetividade pode ganhar contornos na realidade. Desta forma, o meio ambiente deve ser capaz de propiciar este retorno recorrente ao sentimento de ser novamente ‘um’, e isto só é possível através de certa plasticidade e maleabilidade do meio; do contrário, a criatividade jamais poderá ser vivida em toda a amplitude.”* (De Mazzieri, 1999, p.63)

A experiência da ilusão, característica da indivisão do sentir, é importantíssima na formação de uma subjetividade, no sentimento de unidade entre o homem e seu mundo, além de proporcionar a possibilidade de a criatividade ser vivida em toda sua amplitude. A ilusão, a indivisão do sentir, gera o entrelaçamento entre o homem e seu mundo tão buscado pela filosofia merleau-pontyana. Além disso, no entanto, há a experiência da desilusão<sup>25</sup>, que é importante para podermos fazer distinções entre o sujeito e o objeto, entre o self e o não-self. Essa diferenciação entre self e não-self é que constitui a consciência. Winnicott (1968) afirma que na época de máxima dependência do bebê à sua mãe, quando a ilusão está solidamente instalada, indiferenciando self de não-self, não existe consciente ou inconsciente no lactente. Ou seja, não existe ainda consciência, o self está mergulhado na onipotência, fusionado com o mundo. Por esse motivo, concluímos que a desilusão é fundante da consciência, à medida que retira o self de uma fusionalidade onipotente com os objetos, permitindo a constituição de uma realidade externa ao sujeito.

Mesmo alguns autores que se inspiram no pensamento merleau-pontyano não chegam às últimas conseqüências do período final do filósofo. Entre eles está Lanigan, criador da fenomenologia semiótica, e Gomes, comentador do primeiro. Eles reconhecem a intencionalidade da consciência e procuram estudar principalmente as linguagens através das quais a experiência se apresenta à primeira. Segundo Gomes (1998):

---

<sup>24</sup> Milner, Marion: psicanalista inglesa, amiga e interlocutora de Winnicott, escreveu o ensaio “O papel da ilusão na formação simbólica” (Milner, 1952). Nesse ensaio pioneiro, ressalta o valor positivo da ilusão, contrariamente à maioria dos escritos de outros autores.

<sup>25</sup> Desilusão: conceito winnicottiano complementar ao conceito de ilusão. Em termos do desenvolvimento do bebê, a desilusão se instaura após ter sido constituído o mecanismo da ilusão. Nesse caso, a mãe começa a deixar de satisfazer totalmente o bebê, atrasando, por exemplo, a alimentação. Quando realizada por uma mãe suficientemente boa, a desilusão é implementada de forma gradativa, à medida que a mãe percebe o aumento da capacidade do filho em tolerar a frustração. Winnicott (1975) escreve: “*Se tudo corre bem, o bebê pode, na realidade, vir a lucrar com a experiência de frustração, já que a adaptação incompleta à necessidade torna reais os objetos, o que equivale a dizer, tão odiados quanto amados.*” Os objetos saem da área de onipotência do self, tornando-se reais em si.

*“A fenomenologia semiótica contribui para a solução deste problema (o acesso à experiência consciente) redefinindo a relação entre a experiência e a consciência. Para esta teoria, os objetos da experiência apresentam-se à consciência em forma de linguagem e em forma de linguagem se especificam na experiência. Trata-se de um conceito amplo incluindo a linguagem plástica, musical, verbal ou gestual.”* (Gomes, 1998, p. 29)

Conforme essa teoria, para poderem se estruturar, os objetos da experiência têm que se transformar em linguagem e assim serem percebidos pela consciência. Ao mesmo tempo, como linguagem, estruturada de forma específica, particularizam a experiência vivida. A semiótica é uma ciência que estuda os diversos signos e sinais no sistema que os constitui e entende a experiência consciente como sistema significativo de expressão no discurso e na ação.

Como a experiência consciente está ligada às diversas linguagens que a constituem, a fenomenologia semiótica a entende como um processo comunicativo. Esta pode ser *“uma comunicação do eu consigo mesmo, quanto a do eu com o outro.”* (Gomes, 1998, p.30) Esse estado comunicativo permite à pessoa *“a aproximação e exploração de uma realidade que tem como intencionalidade a descoberta de maneiras mais adaptadas e autênticas de se expressar (existir, funcionar, viver).”* (Gomes, 1998, p.30)

O objetivo da realização da oficina terapêutica de arranjos florais é facilitar a instauração desse processo comunicativo da pessoa consigo mesma e com os outros, visando à descoberta de maneiras mais autênticas de se expressar, ser, viver.

## **II - Aspectos clínico-institucionais**

## 5. Nise da Silveira: uma revolução no seio da psiquiatria brasileira

A história de Nise da Silveira se contrapõe à da psiquiatria brasileira do século passado e, ao mesmo tempo, se confunde com ela. Silveira (1996) segundo seu próprio depoimento, começou trabalhando e morando, na década de 30, no antigo Hospício de Pedro II, na Praia Vermelha. De acordo com Teixeira (1997), esse foi o primeiro hospício brasileiro, construído em 1852, sob a inspiração teórica da psiquiatria clínica francesa (Pinel e Esquirol). Porém, sua permanência nesse hospício durou pouco tempo.

Após a Intentona Comunista de 1935, cujo centro foi a própria Praia Vermelha, Silveira foi denunciada à administração do hospital por uma enfermeira, que havia visto alguns livros de inspiração socialista na sua cabeceira. Ela, então, foi presa, apesar de não ter tido nenhuma ligação com a Intentona. Apenas participara de algumas reuniões do Partido Comunista. Silveira, em entrevista a Ferreira Gullar (1996), relata que, mesmo durante este episódio trágico, aprendeu algo que desmentia a psiquiatria clássica:

*“Nise: E assim aprendi outra lição, que desmentia o que afirmavam os livros de psiquiatria sobre os doentes mentais. Esses livros diziam que os esquizofrênicos eram indiferentes, sem afeto. Mas a doente que me levava o café toda manhã em meu quarto, quando soube de minha prisão, não ficou indiferente. Eu não entendia nada do que ela falava, mas ela estava entendendo o que se passava.*

*Gullar: E qual foi a reação dela?*

*Nise: Pegou de murros a enfermeira que me havia denunciado.”* (Gullar, 1996, pp. 41/42)

Silveira conhece a prisão política durante 10 anos, 1935-1944, período da ditadura getulista. Fora presa sem uma acusação formal e não tinha data para sua libertação. Estava, então, numa situação semelhante à de muitos doentes mentais internados em manicômios que, muitas vezes, são admitidos no hospital psiquiátrico sem um motivo compreensível e, mesmo depois de restabelecidos da crise psicótica, não têm uma data específica para sua alta. Apesar de Silveira não apontar uma correlação entre as duas experiências, é claro que a vivência na prisão deve ter reforçado seu anseio por uma assistência que propiciasse o máximo de liberdade aos pacientes psicóticos. Isso é, o fato de Silveira ter ficado reclusa em uma instituição total (Goffman, 1975) deve tê-la sensibilizado para os pacientes psiquiátricos que ficaram numa situação semelhante à sua.

Outra experiência que Silveira presenciou foi a da tortura, na prisão, de Elisa Ewert, mulher de Arthur Ewert, preso político que havia sido torturado até enlouquecer. Assim Silveira desvenda sua vivência a Gullar (1996):

*“Nise: Ela também foi muito torturada, sofreu muito. Foi muito queimada. A cama dela era junto da minha. Eu que sempre dormi bem, tinha bom sono, àquela hora acordava, não conseguia dormir.*

*Gullar: Qual hora?*

*Nise: Na hora da tortura. Eles tinham uma hora certa para torturar. Vinham e a levavam. Depois, ela me mostrava as queimaduras nos seios... Eu ficava nervosíssima, vendo aquilo. Assim nasceu uma relação de amizade entre nós duas. Tanto que ela, pensando que eu sentia frio de noite, por ser eu magrinha, me cobria com o cobertor. Aquele cobertor de soldado, horrível, que me espetava a pele. Ela puxava o cobertor e me cobria até o pescoço, dizia: 'Você pode ficar doente'. (Gullar, 1996, p. 42).*

Silveira aprendeu na prática o horror da tortura e, por outro lado, a beleza da atitude de alguém que, mesmo torturado, preocupava-se com o próximo. Podemos inferir que este horror à tortura transformou-se numa repulsa instintiva ao uso de métodos físicos invasivos que eram propostos na época como tratamentos terapêuticos. Entre eles, figuravam o eletrochoque, o coma insulínico e a lobotomia. Silveira, por seu turno, prezava aqueles que manifestavam preocupação, solidariedade e afeto aos pacientes psicóticos..

Em 1944, aconteceu a “macedada”<sup>26</sup>, ato em que Getúlio Vargas libertou as pessoas que estavam presas por razões políticas, mas sem nenhuma condenação ou processo. Por esse motivo, Silveira saiu do cativeiro. Ela retornou às suas funções como psiquiatra no Pedro II, então denominado Centro Psiquiátrico e, na época, localizado no bairro de Engenho de Dentro.

No intervalo de 10 anos em que esteve presa, a psiquiatria havia erigido os métodos físicos invasivos como a lobotomia, o eletrochoque, o choque insulínico e o de cardiozól como terapias principais<sup>27</sup>. Comenta Amarante (1994):

*“Nos anos 30 a psiquiatria parece ter finalmente encontrado a tão procurada cura para as doenças mentais. É grande o entusiasmo com a descoberta do choque insulínico, do choque cardiazólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias. Técnicas novas que vêm substituir ou a malarioterapia ou o descabido empirismo.*

*A psiquiatria torna-se mais poderosa e o asilamento mais freqüente. Em meados da década de 40 o Hospício Nacional de Alienados é transferido a Praia Vermelha para o Engenho de Dentro, onde conta com novas instalações, das quais destacam-se a ampliação de vagas e os modernos centros cirúrgicos para as promissoras lobotomias.” (Amarante, 1994, p.78).*

Silveira narra a Gullar (1996) o seu primeiro contato com essas técnicas.

---

<sup>26</sup> Macedada: ato em que Getúlio Vargas atende a solicitação de Macedo Soares que, após ter sido convidado pelo primeiro para ser Ministro da Justiça, impôs, como condição para assumir a pasta, a soltura de todos presos políticos sem condenação ou processo.

<sup>27</sup> Winnicott (1943-1956) também se posicionou pública e frontalmente contra esses métodos, em uma série de artigos e debates que ele chamou de terapia física do transtorno mental. Ele aponta que esse método de tratamento desconsidera o ser humano em seu desenvolvimento emocional. Além disso, tende a contornar os conflitos do paciente, que são justamente a única possibilidade de ele se encontrar. (Segundo Winnicott, Sheperd e Davis, 1994)

*“Fui trabalhar numa enfermaria com um médico inteligente, mas que estava adaptado àquelas inovações. Então me disse: ‘A senhora vai aprender as novas técnicas de tratamento. Vamos começar pelo eletrochoque’. Paramos diante da cama de um doente que estava ali para tomar eletrochoque. O psiquiatra apertou o botão e o homem entrou em convulsão. Ele então mandou levar aquele paciente para a enfermeira e pediu que trouxessem outro. Quando o novo paciente ficou pronto para a aplicação do choque, o médico me disse: ‘Aperte o botão.’ E eu respondi: ‘Não aperto.’ Aí começou a rebelde”.* (Gullar, 1996, p.46)

Após essa experiência onde manifestou recusa ética pelo eletrochoque, Silveira conta a Gullar (1996) que tentou aplicar o coma insulínico:

*“Um dia apliquei choque de insulina em uma paciente e a mulher depois não acordava. Aflita, apliquei-lhe soro glicosado na veia e nada da mulher acordar. Tentei de novo, até que consegui. Aí disse: ‘Nunca mais.’* (Gullar, 1996, p.46).

Depois disso, ela desistiu definitivamente desses métodos. Foi procurar Paulo Elejalde, diretor do Pedro II, nesse tempo, para tentar algo novo. Silveira assim referiu a Gullar (1996) esse episódio:

*“Nise (...)Fui falar com o diretor geral do Centro Psiquiátrico Nacional, que se chamava Paulo Elejalde, um homem inteligente, que gostava de ler, tinha uma biblioteca muito boa, até me emprestou livros. ‘O que eu vou fazer com você?’ ele me disse. ‘Não tenho onde botar você. Todas as enfermarias seguem a linha desses medicamentos novos. Fora disso, só há a Terapêutica Ocupacional, que é para serventes.*

*Gullar: Como para serventes? Quem tomava conta eram serventes?*

*Nise: Sim, mas não havia médicos ali. Os serventes limpavam, arrumavam. Talvez houvesse um capataz qualquer que tomava conta. Eu disse: ‘Eu quero ir pra lá. Mas vou fazer de lá outra coisa.’ Ele concordou, e disse que eu podia usar como quisesse a pequena verba destinada ao setor. Então, fui pra lá e abri a primeira sala: a sala de costura. Vieram outras pacientes para trabalhar na sala mas não havia onde sentar. Eu disse: ‘Sentem no chão.’ Uma delas até era parente de José de Alencar. Foi pro chão.*

*Gullar: Como era esse serviço antes?*

*Nise: Os doentes eram usados para varrer, limpar os vasos sanitários, servir os outros doentes.*

*Gullar: Sei, não se ocupavam de atividades que lhes permitissem se exprimir, criar.*

*Nise: Não. A inovação consistiu exatamente em abrir para eles o caminho da expressão, da criatividade, da emoção de lidar com os diferentes materiais de trabalho.*

*Gullar: Aí criou a sala de modelagem, a de pintura...”* (Gullar, 1996, pp.46,47)

No prestigioso Pedro II que, segundo Amarante (1994), era o protótipo da assistência psiquiátrica brasileira nessa época, não havia interesse por métodos terapêuticos que não fossem os fisicamente invasivos. A terapêutica ocupacional<sup>28</sup> era usada como uma forma de auxiliar a economia do hospital, usando o trabalho dos doentes mentais. No máximo, serviria para distrair os pacientes. Nise da Silveira rompe com esse padrão, estabelecendo um método terapêutico que privilegiasse a livre expressão do indivíduo. O objetivo era possibilitar a *“a expressão de vivências”* (Silveira, 1990, p.17)

Silveira criou, então, em 1946, o Setor de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação (STOR), com o objetivo de desenvolver a terapia ocupacional como modalidade de tratamento de esquizofrênicos. Silveira (1992) relata que a introdução da terapia ocupacional no Pedro II logo gerou mudanças na dinâmica da instituição:

*“As atividades logo infundiram vida aos locais onde eram exercidas, modificando o ambiente. As mudanças que a terapêutica ocupacional pode introduzir no hospital psiquiátrico atingem o ponto mais alto quando atingem o pátio, opróbio dos hospitais psiquiátricos.* (Silveira, 1992, p.16)

Ela coordenou o STOR por 31 anos. Esse equipamento chegou a ter dezessete núcleos de atividade. Porém, a oficina na qual Silveira percebeu maior ressonância e melhora terapêutica dos pacientes foi o atelier de pintura e modelagem<sup>29</sup>, ao qual devotarei uma atenção especial no decorrer do texto.

Silveira (1992), ao criar o STOR, queria que ele se tornasse um campo de experimentação para as variadas tendências psiquiátricas da época. Convidou seus colegas para participarem ou, pelo menos, debaterem suas pesquisas, mas foi rejeitada por quase todos.

O apoio maior a Silveira veio por parte do grande crítico de arte Mário Pedrosa (1900-1981), que conheceu a produção dos pacientes da psiquiatria por intermédio de Almir Mavigner, pintor, na época funcionário do STOR. Pedrosa irá desenvolver uma colaboração com Silveira que durou até sua morte em 1981, divulgando e teorizando sobre a produção dos *“artistas do Engenho de Dentro”*, como ele gostava de designar os pacientes de Silveira.

---

<sup>28</sup> Winnicott (1949) elogia o método de Adrian Hill, artista e terapeuta ocupacional, que desenvolveu um método criativo para pacientes físicos. O psicanalista descreve esse método: *“Em alguns casos, ele não faz mais do que fornecer uma moldura na parede oposta ao leito, na qual uma série de gravuras interessantes pode ser inserida, enquanto que em outros casos, organiza sessões reais de desenho e pintura, mas sempre visa a encontrar a contribuição pessoal verdadeira que o paciente individual tem a capacidade de efetuar”* (Winnicott, 1994, p.422). Winnicott diz que o tempo de uma internação pode ser desperdiçado ou usado para o crescimento e desenvolvimento interiores. O psicanalista vai mais além, relatando que sua própria esposa trabalhou como terapeuta ocupacional no Maudsley Hospital, junto a pacientes com transtornos psiquiátricos, com oficina de argila. Relata que essa experiência teve um caráter auto-revelador para muitos pacientes.

<sup>29</sup> O atelier de modelagem e pintura foi o embrião do Museu de Imagens do Inconsciente, fundado em 1952. O Museu congrega obras dos pacientes que frequentaram o atelier. Essa coleção, única no mundo, gerou o interesse de importantes psiquiatras como C. G. Jung, R. D. Laing e Henri Ey. Os dois últimos, inclusive, visitaram o Museu e teceram elogios ao esforço de Silveira.

Segundo Frayze–Pereira (1999), Pedrosa (1949, 1979) tinha uma ligação estreita com a abordagem fenomenológica, numa de suas vertentes, que era a psicologia da Gestalt. A própria Silveira, no período em que não esteve diretamente ligada à psicologia junguiana (1945-1954) estava atenta à perspectiva fenomenológica. Estudou, nesse período, autores como Jaspers<sup>30</sup>, Minkowski<sup>31</sup>, Merleau-Ponty e outros. Fica claro que seu interesse maior era na experiência vivida pelos seus pacientes e a significação que atribuíam às suas obras, temas caros à fenomenologia de maneira geral. Por esse motivo, acredito que pôde manter uma ligação duradoura com Pedrosa e se ligar a Jung, autor que, como podemos ver anteriormente, era ligado à fenomenologia.

Segundo Vanderlei<sup>32</sup>, Silveira chegou a ser criticada pela forma como descreveu a construção do espaço de Fernando Diniz. Silveira, em artigo, defendeu-se, dizendo que baseou essa descrição na fenomenologia merleau-pontyana (Vanderlei, comunicação pessoal).

Retomando o tema da terapêutica ocupacional como método psicoterapêutico, Silveira (1992) propõe:

*“Era um método que deveria, como condição preliminar, desenvolver-se num ambiente cordial, centrado na personalidade de um monitor sensível, que funcionaria como uma espécie de catalisador. Nesse clima, sem quaisquer coações, através de atividades diversas verbais e não-verbais, os sintomas encontravam oportunidade para exprimir-se livremente. O tumulto emocional tomava forma, despotencializava-se”* (Silveira, 1992, p.16)

Eis, em essência, o modus operandi da proposta terapêutica de Silveira, do qual podemos tirar dois temas, que abordarei nos dois próximos capítulos:

O primeiro tema é a centralização do método na personalidade de um monitor sensível, que funcionaria como uma espécie de catalisador.

O segundo é a criação de um ambiente cordial, sem coações, nos quais as atividades verbais ou não verbais permitiriam a livre expressão dos sintomas, com o objetivo de despotencialização e ordenação do conflito emocional.

---

<sup>30</sup> Jaspers, Karl (1883-1969). Considerado o iniciador da psiquiatria de cunho fenomenológico (Beauchesne, 1989). Silveira (1982) estudou seu *“Strindberg et Van Gogh”* (1953), onde o autor coloca que a pintura de Van Gogh se apresenta como revelação direta da profundidade do pintor.

<sup>31</sup> Minkowski, E. (1885-1975). Psiquiatra francês de origem polonesa, um dos pioneiros da psiquiatria fenomenológica (Beauchesne, 1989). Foi amigo pessoal de Silveira (Lula Vanderlei, comunicação pessoal).

<sup>32</sup> Lula Vanderlei, psiquiatra e artista plástico, trabalhou com Silveira e Pedrosa. Instituiu e dirige até o presente a enfermaria de portas abertas “Espaço aberto ao tempo”, dentro do Centro Psiquiátrico Pedro II. A enfermaria ocupa o espaço de uma das antigas enfermarias do Hospital Gustavo Riedel. Trata-se de um espaço de acolhimento que procura, antes de tudo, a comunicação com o paciente psicótico. Desenvolve uma série de oficinas terapêuticas e atividades grupais, além de psicoterapia individual, com linguagens plásticas, cênicas, musicais e sensoriais. Além dessa função, é uma enfermaria que se baseia em três princípios básicos: não conter, não confinar e administrar medicação apenas se o paciente aceitar. (Vanderlei, comunicação pessoal)

## 6. A sensibilidade pessoal do terapeuta

O fundamento do método de Silveira é a pessoa do monitor. Neste ponto, ela se aproxima de Jung (s. d.) que, em relação à análise, afirmava:

*“O fato decisivo é que enquanto ser humano, encontro-me diante de um outro ser humano. A análise é um diálogo que tem necessidade de dois interlocutores. O analista e o doente se encontram, face a face, olhos nos olhos. O médico tem alguma coisa a dizer, mas o doente também.”* (Jung, s. d., pág. 121)

Jung considerava, pois, a análise um encontro existencial, uma espécie de diálogo dramático, onde dois seres humanos têm direito a palavras significativas. Aprofundando essa noção, escreve:

*“Existe, é verdade, o que se chama de ‘pequena psicoterapia’, mas na análise propriamente dita é a personalidade inteira que é chamada à arena, tanto a do médico quanto a do doente. Muitos casos só podem ser curados se o médico se envolve pessoalmente. Quando se trata de questões cruciais, a atitude do médico é decisiva, seja se considerando um dos elementos do drama, seja pelo contrário, ocultando-se em sua autoridade e permanecendo exterior a ele. Nas grandes crises da vida, nos momentos supremos, quando se trata de ser ou não ser, os pequenos artifícios sugestivos não são atuantes, pois o apelo é dirigido ao médico, em sua totalidade.”* (Jung, s. d., pág. 122)

A análise como encontro existencial é vista como uma possibilidade de o paciente constituir ou não o seu ser. Nesse processo, indica que é sumamente importante a postura existencial do próprio analista. Vemos ainda que, antes do domínio do artifício técnico, está a totalidade da pessoa do analista. Silveira (1982) também se expressa sobre essa problemática, em relação ao monitor de terapêutica ocupacional, dando um exemplo:

*“Em fins de 1947, o monitor Hernani Loback, que tinha a seu cargo a oficina de encadernação, trouxe do Hospital Gustavo Riedel um doente sem autorização escrita do psiquiatra que o tinha a seus cuidados. Repreendi Hernani. E ele me respondeu que há vários dias vinha notando no **canto dos olhos** daquele doente o desejo de o acompanhar, quando trazia do pátio outros internados providos de autorização médica para freqüentarem a terapêutica ocupacional. Naturalmente esse doente foi aceito. A sensibilidade para captar desejos no **canto dos olhos** de esquizofrênicos é muito mais importante que conhecimentos técnicos. Se as duas coisas estiverem juntas evidentemente será o ideal.”* (Silveira, 1982, pág. 67 – o grifo é do autor)

Está claro que Silveira acreditava ser mais importante a pessoa e a sensibilidade do monitor do que o conhecimento técnico deste. Concordo plenamente com essa afirmação, pois nos anos em que estive trabalhando em instituições de assistência à saúde mental, notei que o fator terapêutico mais importante é a qualidade do ser humano e sua capacidade em formar vínculos e estar receptivo e sensível ao outro. Esse fator é o que geralmente propicia a possibilidade de se gerar mudanças no paciente e na sua relação com seu meio ambiente. Silveira (1982) relata a mudança gerada pela atitude do monitor:

*“E o que aconteceu a este homem que falou ao monitor pela linguagem do canto dos olhos? Seu psiquiatra disse-me que não valeria a pena encaminhá-lo para qualquer atividade, pois ele já estava internado há 23 anos. Um crônico, muito deteriorado. Entretanto Emygdio frequentou a oficina de encadernação, onde rapidamente aprendeu a encadernar (antes da internação era mecânico torneiro), e logo preferiu o atelier de pintura. Pintou telas que ultrapassaram o âmbito da psiquiatria e constituem hoje reconhecido patrimônio artístico nacional.”* (Silveira, 1982, pág.67).

O profissional de nível superior estava contaminado com seus próprios preconceitos e não podia perceber o ser do paciente, tendo dele uma visão estereotipada. Contrariamente ao psiquiatra, o monitor estava aberto ao gesto espontâneo do paciente e pôde, através de sua postura, abrir uma possibilidade para o self do paciente se constituir.

Por outro lado, noto que, muitas vezes, a falta de uma formação específica visando ao cuidado terapêutico do paciente psicótico prejudica grandemente o processo. Isso é bastante verdadeiro aqui no Brasil, de maneira geral, para todas as profissões incumbidas de cuidar desse segmento da população. Tentando minimizar essa dificuldade, Silveira (1982) procurava capacitar previamente, e durante o processo, o monitor de terapêutica ocupacional como agente terapêutico:

*“Um passo indispensável para sairmos do nível empírico de trabalho seria cuidar da formação de monitores. Organizei alguns cursos de terapêutica ocupacional, cursos de emergência, que correspondessem a nossas necessidades imediatas. E, sobretudo, regularmente eram feitas com os monitores reuniões destinadas à avaliação psicológica das atividades e seu papel terapêutico em cada caso clínico.”* (Silveira, 1982, pág.67)

Silveira desenvolvia uma espécie de supervisão da equipe que cuidava do paciente psicótico, com o objetivo de melhorar cada vez mais sua capacitação e sensibilidade. Retornando ao tema da sensibilidade do agente terapêutico frente ao paciente, podemos traçar um paralelo com Jung (s. d.), que diz:

*“Enquanto médico, sempre me pergunto que mensagem traz o doente. O que significa ele para mim? Se nada significa, não tenho um ponto de apoio. O médico só age onde é tocado. ‘Só o ferido cura.’ Mas quando o médico tem uma **persona**, uma máscara que lhe serve de couraça, não tem eficácia. Levo meus doentes a sério. Talvez esteja*

*exatamente como eles diante de um problema. Frequentemente mesmo o doente pode se constituir o apoio que convém ao ponto fraco do médico. Disso resulta muitas vezes situações delicadas, para o médico, ou precisamente para o doente.”* (Jung, s. d., pág. 123 – o grifo é do autor).

Jung remete ao mito de Esculápio, deus grego da medicina, e Quíron, divindade que o iniciou nessa ciência. Segundo Kerényi (1959), Quíron era um centauro que tinha conhecimentos de ervas medicinais capazes de curar todos os tipos de sofrimentos. Porém ele não era capaz de curar sua própria ferida causada por uma flecha envenenada que Hércules lhe mandara. Autores junguianos como Guggenbühl-Craig (1978) e Groesbeck (1983) vêem nesse mito o arquétipo do curador ferido. Tal arquétipo coloca a necessidade de que, para realizar a função de cura adequadamente, o curador deve ter o ferido dentro de si, não deve negar a doença em seu próprio interior.

Voltando à idéia do processo de formação de monitores por Silveira, seu objetivo principal era transformá-los em “agentes catalisadores” para o processo de transformação do paciente. Em relação a esse termo, evidentemente uma metáfora química<sup>33</sup>, Silveira (1982) esclarece:

*“Costumo dizer que o monitor, num atelier ou oficina, funciona como uma espécie de catalisador. A química fala-nos de substâncias cuja presença acelera a velocidade das reações: enzimas, platina coloidal, paladium. Admite-se mesmo que reatores e catalisadores formem um complexo crítico ou um quase-composto. Em oposição ao agente catalisador está o agente inibidor, que impede a reação, por exemplo, a acetanilide. Entre o pessoal que tem contato com o doente: médicos, enfermeiros, monitores de terapêutica ocupacional, há também os catalisadores e os inibidores. Sem dúvida o mesmo indivíduo poderá funcionar como catalisador para uma pessoa e inibidor para outra.”* (Silveira, 1982, págs. 68 e 69).

Acredito que, para o monitor tornar-se um “elemento catalisador”, dependerá de dois fatores:

-As reações particulares que cada paciente gera nele.

-A forma como ele concebe o encontro e o sofrimento psíquico humano de uma forma geral. Usando um termo de Pichon-Rivière (1980), poderíamos dizer que cada monitor agiria a partir de seu ECRO<sup>34</sup> (2).

---

<sup>33</sup> Silveira usa metáforas químicas para descrever as transformações da psique, seguindo tendência histórica do espírito humano que, desde a alquimia medieval, no século V d.c., utilizou-as abundantemente (Franz, 1980). Não acredito que o uso delas possa prejudicar o entendimento dos processos, desde que não se perca a compreensão de sua origem histórica. Aceito, porém, que quem quiser termos mais processuais, como, por exemplo, facilitador, pode utilizá-los livremente. Na alquimia estavam envolvidas considerações filosóficas, éticas e humanas da maior riqueza e importância.

<sup>34</sup> ECRO: Conceito elaborado por Pichon-Rivière, abreviatura de esquema conceitual, referencial e operativo. Esse constructo descreve o conjunto conceitual e referencial de cada indivíduo que, organizado num todo, dá condições para que este opere no seu ambiente. O resultado desta ação gera mudanças nos

O primeiro fator está ligado ao fenômeno amplamente conhecido como contratransferência que Freud (1970) primeiramente conceituou como “*a influência do paciente sobre os sentimentos inconscientes do médico*” (Freud, 1970, pág. 130). Essa influência pode suscitar reações positivas ou negativas por parte do monitor, que, conseqüentemente, podem servir de fatores catalisadores ou inibidores frente ao paciente.

O segundo está relacionado à concepção de encontro e do sofrimento humano que cada indivíduo possui. Acredito que, por um lado, a partir do conceito junguiano do curador ferido, vemos a necessidade de não ignorarmos o pólo da doença em nós mesmos para poder abrir a possibilidade de estarmos acolhendo o sofrimento do outro.

Outro aspecto vinculado ao fator acima citado seria de que cada monitor teria um ECRO, esquema de conceitos e referências que, organizado como um todo, permite a ele uma operacionalidade sobre o ambiente. Silveira procurava instrumentalizar o grupo de monitores, seja através do ensino teórico ou da supervisão clínica, visando a uma intervenção o mais transformadora possível<sup>35</sup>.

O pensamento winnicotiano aponta a necessidade de um “encontro humano devotado” como condição básica para toda a psicoterapia. Vaisberg, Correa e Ambrósio (2000) se posicionam em relação ao tema:

*“A arteterapia de inspiração winnicottiana se faz a partir do reconhecimento de que a coexistência, a intersubjetividade, é a dimensão fundante do existir humano, de modo que toda psicoterapia é potencialmente encontro humano devotado. A relação mãe lactente, sendo cronologicamente anterior a todas as outras relações, no âmbito individual, é um caso particular de encontro humano, aquele que tem lugar quando o nascimento biológico teve lugar mas o ser humano ainda não ‘chegou’ ao mundo humano, requerendo, por isso, uma parceria absolutamente especial. Por outro lado, todo e qualquer encontro, atinja ou não níveis profundos de regressão (Winnicott, 1954), se faz verdadeiramente quando alguma devoção pode ocorrer. O trabalho de Chamusca (2000) é um exemplo muito interessante de como o fenômeno da devoção pode iluminar o entendimento da relação professor aluno, não porque esta deva reproduzir a relação mãe-bebê, mas sim porque ambas podem ser casos particulares de encontros humanos verdadeiros.(...)”* (Vaisberg, Correa e Ambrósio, 2000).

---

*esquemas conceituais e referenciais do indivíduo, que se predisporá para uma nova operação, e assim sucessivamente, de forma dialética, provocando várias transformações no ECRO (Pichon-Rivière, 1982).*

<sup>35</sup> Pichon-Rivière assim se expressa sobre a aprendizagem grupal: “*O ECRO é o ponto focal da aprendizagem geral, permitindo-nos integrar através do grupo as experiências que irão possibilitar a instrumentação, já que, seguindo o que foi assinalado por Freud e reformulado por Kurt Lewin, toda investigação coincide com uma operação. A práxis na qual teoria e prática se integram em uma força operativa – instrumento de transformação do homem e do meio – está na base do método.*” (Pichon-Rivière, 1982, pág.128)

Observa-se que a devoção ao ser do outro tal qual ele é torna verdadeiro o encontro humano. Silveira, apesar de não teorizar sobre a devoção em si, criou um conceito que lhe é próximo, o de afeto catalisador:

*“O esquizofrênico dificilmente consegue comunicar-se com o **outro**, falham os meios habituais de transmitir suas experiências. E é um fato que o **outro** também recua diante desse ser enigmático. Será preciso que esse **outro** esteja seriamente movido pelo interesse de penetrar no mundo hermético do esquizofrênico. Será preciso constância, paciência e um ambiente livre de qualquer coação, para que relações de amizade e de compreensão possam ser criadas. Sem a ponte desse relacionamento a cura será quase impossível.”* (Silveira, 1982, pág. 80 - o grifo é do autor).

O afeto aparece na postura de Silveira (1982) em relação a Fernando Diniz, paciente que freqüentava o ateliê de pintura do STOR e que começa a pintar uma série de quadros focalizando interiores de uma casa. É interessante saber que ele nunca tivera uma casa, vivera sempre em cômodos de cortiços. Silveira observa que aquela casa de Fernando era onírica. À medida que ele foi pintando a casa onírica, foi apresentando uma melhora clínica, conseguindo estabelecer melhor contato interpessoal e voltando a se interessar pelos estudos. Essa melhora interrompe-se por ocasião da morte da mãe. Fernando sofre uma regressão e agrava-se o seu quadro clínico. Passa a pintar garatujas caóticas. Silveira (1982), então, fez uma tentativa:

*“(...) Tentei então a experiência de colocar uma monitora com a função exclusiva de permanecer a seu lado no atelier. A monitora não intervinha, não opinava sobre as pinturas. Apenas ficava ali, silenciosa, numa atitude de interesse e simpatia por qualquer coisa que ele fizesse, mesmo suas espessas garatujas.”* (Silveira, 1982, págs. 69 e 70).

Depois de um mês do início da experiência, Fernando Diniz começa a pintar formas, círculos e hexágonos. Em seguida passa para formas figurativas, como cerejas. Por último, desenha temas relacionados com o Japão, principalmente japonesas. Silveira estranhou a temática, mas logo descobriu que Fernando havia dito à monitora que ela parecia uma japonesa. A atitude devotada que a monitora teve em relação ao paciente gerou um efeito catalisador sobre sua psique, fazendo-o sair de um estado regressivo, proporcionando-lhe expressar sua criatividade e possibilitando a ele um melhor contato com seu meio ambiente.

Silveira (1982) exemplifica dois tipos de atitude que geram reações “catalíticas” ou “inibidoras” nos pacientes:

*“Um estudo sobre a capacidade de aprendizagem do esquizofrênico crônico teve de ser interrompido quando o monitor da oficina de encadernação, onde estava sendo feita a pesquisa, entrou em licença prolongada por motivo de saúde. A encadernação pareceu-me adequada para a investigação da capacidade de aprendizagem num nível bastante alto. Com efeito, a encadernação de um livro requer compreensão das diversas etapas que*

*devem ser seguidas em seqüência ordenada para chegar-se ao resultado final, bem como exige atenção e concentração no trabalho. Três esquizofrênicos internados há mais de vinte anos, e quatro outros, com mais de cinco anos de doença, aprenderam facilmente a técnica de encadernar. O afastamento do monitor perturbou a experiência. O excelente relacionamento existente entre os doentes e o monitor antigo não se estabeleceu com seu substituto. Todos se desinteressaram daquela atividade, exceção de um deles, que depois da alta continuou trabalhando no ofício aprendido no hospital. É que, neste caso, o ego já se havia fortalecido bastante. Quanto mais grave a condição esquizofrênica, maior será a necessidade que tem o indivíduo de encontrar um ponto de referência e apoio. Tanto melhor se esta primeira forma de contato for se tornando uma relação de amizade.”* (Silveira, 1982, pág. 69).

A mudança de profissional é um fato que ocorre freqüentemente nos serviços de saúde mental. Isso acaba afetando um grupo e mesmo comprometendo a atividade. A explicação oferecida por Silveira aponta para a falta de empatia do monitor substituto para com o sofrimento dos pacientes, o que gera uma atitude não devotada do monitor. Do ponto de vista junguiano, as intervenções do monitor tornam-se, então, dirigidas por um complexo de poder. Em termos winnicottianos, falaríamos, para nos referir a este tipo de fenômeno, em invasão ambiental que é, em última instância, a falência de um ambiente suficientemente bom. Isso termina afastando os pacientes, que acabam não sentindo espaço para a expressão do seu self verdadeiro, o que provavelmente ocasiona o desinteresse deles pela atividade.

Safra (1996) enfatiza a importância fundante do outro na constituição do self:

*“Observa-se na clínica psicanalítica que o **self** não se instaura de forma definitiva, mas sim em ciclos. Uma pessoa pode ter determinados aspectos de seu **self** que se inscreveram na realidade compartilhada e muitos outros que não chegaram a evoluir e se simbolizarem. Este fenômeno leva o indivíduo a experimentar a necessidade de encontrar um objeto que possa promover a evolução dos aspectos de seu **self** que não chegaram a encontrar inscrição na relação com um outro, condição necessária para por em marcha o processo de simbolização necessário.”* (Safra, 1996, pág. 143).

Portanto, o reconhecimento pelo outro e pela cultura das produções humanas é essencial e indispensável ao estabelecimento do self. Silveira (1982) narra dois casos extremos, de reconhecimento do self e da falta desse no que toca ao outro e a cultura:

*“Carlos há vários anos vinha sendo dilacerado por conflitos pessoais. Esses conflitos sugavam a energia do ego que se ia enfraquecendo e já começava a vacilar. Certa manhã, raios de sol incidiram sobre o pequeno espelho de seu quarto. Brilho extraordinário deslumbrou-o e surgiu diante de seus olhos uma visão cósmica, o ‘planetário de Deus’, segundo suas palavras. Gritou, chamou a família, queria que todos vissem também aquela maravilha que ele estava vendo. Foi internado no mesmo dia no*

velho hospital da Praia Vermelha. Isso aconteceu em setembro de 1939. Carlos tinha então 29 anos de idade.

*Diferente foi a sorte de Jacob Boehme (1575-1624), sapateiro de profissão como também o era Carlos. Boehme vivia pobremente com sua mulher e muitos filhos, trabalhando para mantê-los. Um dia estava na sua modesta oficina quando por acaso seus olhos fixaram-se num prato de estanho brunido que refletia a luz do sol com grande brilho. Boehme caiu em êxtase, estado no qual ‘pareceu-lhe que havia penetrado nas origens e na mais profunda e básica estrutura das coisas.’ Depois desse êxtase, e de outros semelhantes, Boehme descrevia suas experiências, desenhava suas visões e ... voltava a remendar sapatos. Era respeitado por seus contemporâneos como um homem religioso e um filósofo.” (Silveira, 1982, pág. 311).*

Silveira mostra como experiências religiosas semelhantes tiveram diferentes acolhidas de seu meio familiar e cultural, contribuindo para uma reestruturação ou desestruturação pessoais. Enquanto Jacob Boehme (“Nova Enciclopédia Barsa”, Macropédia, Vol. 3, 1999, pág 21) estruturou toda uma filosofia a partir de sua visão do prato de estanho brunido, sendo chamado de “o *Philosophus Teutonicus*”, por ser o primeiro filósofo a escrever em alemão, Carlos desenvolveu longa carreira como paciente psiquiátrico, ficando internado até sua morte no Centro Psiquiátrico Pedro II.

Outro exemplo interessante dado por Silveira é o de Raphael, paciente do Hospital Pedro II, diagnosticado como esquizofrênico. Ele era filho de um espanhol construtor de lápides de cemitério e de uma brasileira, descendente de italianos. O casal brigava constantemente. Por fim, o pai deixou o lar, e Raphael, aos onze anos, foi obrigado a trabalhar, deixando os estudos. Dois anos depois, conseguiu se matricular no Liceu Literário Português, onde fazia o curso de desenho com muito entusiasmo, mostrando talento. Aos quinze anos, passou a ter os primeiros sintomas da doença e, aos dezenove, foi internado. Quatorze anos após a sua internação, na época em que começa a frequentar o atelier de pintura, seu estado é registrado por Silveira (1992):

*“Sua observação clínica registra grande dificuldade de contato, desagregação do pensamento e desinteresse pela realidade. É necessário que o enfermeiro o guie nos cuidados pessoais mais elementares. Às vezes urina no solo da enfermaria e esfrega o líquido com as próprias mãos. Sempre que consegue um lápis, desenha garatujas nas paredes da enfermaria. Por esse motivo, o psiquiatra, sob os cuidados de quem se achava, encaminha-o para o atelier de desenho e pintura da Seção de Terapêutica Ocupacional.” (Silveira, 1992, pág. 31).*

Silveira (1992) relata, então, que Raphael se dispõe a participar do ateliê com visível prazer. Começa recobrando folhas e folhas de papel, com jogos de linhas e ornamentação. Segundo Silveira, ele tem um poderoso estímulo à sua criação quando o artista Almir Mavignier, na época funcionário burocrático do Centro Psiquiátrico, aceitou trabalhar lá. Ela sintetiza o relacionamento entre os dois:

*“Raphael encontrou apoio afetivo e estímulo em Almir Mavignier, sempre ao seu lado durante suas atividades, mas sem nunca pretender influenciá-lo.”* (Silveira, 1992, pág. 32).

Nessa época, Raphael faz desenhos figurativos da mais alta qualidade estética (ver fig. 01), desenhos aclamados por críticos de arte como Leon Degand, Sérgio Milliet, Antônio Brito, Flávio de Aquino e Mário Pedrosa. A citação de uma crítica de Pedrosa (1980) é esclarecedora:

*“Em Raphael dá-se a fusão desses dois elementos supremamente desinteressados: o jogo e o ornamento. A atitude dele no trabalho de criação é a expressão mesma desse jogo desinteressado. Raphael desenha cantarolando ou em solilóquio monossilábico. O pincel ou a pena freqüentemente é suspenso para ele fazer um gesto gratuito com o braço. Ora transpassa o pincel pelas costas de uma para outra mão, ora pinga um ponto no canto do cavalete, na ponta da mesa ao lado, no primeiro objeto ao alcance do braço. Essa fantasia se manifesta ainda nas mil maneiras com que põe sua assinatura, depois do trabalho realizado. Essas assinaturas obedecem em geral ao estilo ou ao espírito do desenho.”* (Pedrosa, 1980, pág. 88)

É importante notar que Raphael, amparado no interesse devotado de Almir Mavignier, consegue fazer do ateliê um espaço potencial<sup>36</sup>, onde há lugar para o brincar e para o gesto espontâneo. Porém, essa fase não durou muito. Silveira (1992) conta:

---

<sup>36</sup> Espaço potencial ou transicional: de acordo com Winnicott, o espaço potencial é o lugar onde a brincadeira ocorre: *“A fim de dar um lugar ao brincar, postulei a existência de um espaço potencial entre o bebê e a mãe...”* (Winnicott, 1975, pág. 63). Dentro da teoria winnicottiana, a brincadeira tem uma importância central. Ela é uma ação onde elementos internos e externos tomam parte, sem a preponderância de nenhum dos elementos. A área da brincadeira constitui a terceira área, em contraste com a área da realidade psíquica interna e com a área do mundo real objetivamente percebido. Segundo o autor: *“Em contraste com estes, sugiro que a área disponível de manobra, em termos de terceira maneira de viver (onde há experiência cultural ou brincar criativo), é extremamente variável entre indivíduos. Isso se deve ao fato de que essa terceira área é um produto das experiências da pessoa individual (bebê, criança, adolescente, adulto) no meio ambiente que predomina. Ocorre aqui uma espécie de variabilidade, diferente em qualidade das variabilidades próprias ao fenômeno da realidade psíquica pessoal interna e à realidade externa ou compartilhada.”* (Winnicott, 1975, pág. 148 - o grifo é do autor).

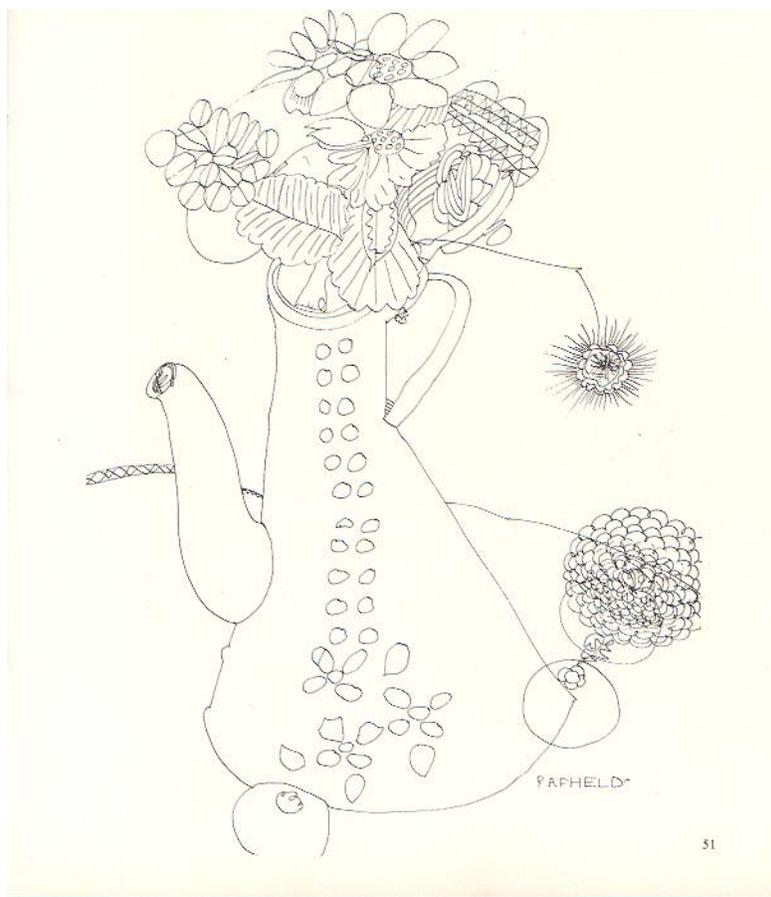


Fig. 01. “Raphael Domingues

48,0 X 31,6 cm

Bico de pena sobre papel”

(Extraído do livro “Os inumeráveis estados de ser”)

*“Mas não se prolongou muito esse apogeu de criatividade. A qualidade do desenho de Raphael entrou em declínio. Talvez a partida de Almir Mavignier para a Europa, em novembro de 1951, tenha sido para Raphael uma dolorosa frustração. A vida de Raphael caía na rotina hospitalar, faces profissionais quase sempre indiferentes, sejam de médicos ou de enfermeiros. Tentativas foram feitas para manter à mesma temperatura o clima do atelier. O monitor que assumiu o atelier de pintura, apesar de seus esforços, não conseguiu estimular Raphael. Voltaram os traços repetidos, cruzados ou não, cobrindo toda a folha de papel. Raramente uma ou outra configuração rudimentar delineava-se.” (Silveira, 1992, pág. 40).*

A falta de reconhecimento de alguém que percebesse o âmago de seu desenho, de sua experiência, fez com que Raphael recuasse, guardasse sua exuberância criadora dentro

de si<sup>37</sup>. Silveira (1992), contudo, não acreditava que esse potencial criador houvesse cessado; convida, então, a desenhista Martha Pires Ferreira para trabalhar com Raphael. E revela o porquê de tê-la chamado:

*“Os trabalhos de Martha eram finamente traçados a bico-de-pena, como ele mesmo fazia. A realidade também não a prendia; em seus desenhos predominavam seres fantásticos. Havia, pois, afinidades entre os dois. Talvez se entendessem, pois sem afinidades nenhum relacionamento verdadeiro poderá criar-se.”* (Silveira, 1992, pág. 41).

Silveira, com extraordinário interesse por seus pacientes, e uma poderosa intuição clínica, mais uma vez acertou no alvo. A empatia entre Martha e Raphael já se dá no primeiro encontro. Martha descreve:

*“Entrei no atelier de pintura, observei o homem de feições delicadas e de mãos leves a traçar risquinhos no papel – e que mãos!*

*Docemente, depois de longo tempo de observação, perguntei o que estava desenhando. Permaneceu em silêncio como se eu nem existisse. Pediram que falasse comigo – não me deu a menor atenção. Continuou seus tracinhos sem ao menos me olhar. Fiquei observando-o por algum tempo mais. Baixinho e risonha disse a ele: ‘Esses tracinhos parecem canto de pássaros, ti... .ti... ti...’. Para surpresa geral, ele levantou os olhos de amêndoa e repetiu: ‘Canto de pássaros’. E novamente mergulhou no silêncio.*

*Nem uma só vez ele deixou de se comunicar comigo de alguma forma. Logo no primeiro dia falei das árvores e do sol lá fora. Nada de artifícios, tudo muito espontâneo. Quase na hora de eu ir embora, uma das monitoras se aproximou e, brincando, se dirigiu a Raphael: ‘Arranjou uma namorada, hein? Como é o nome dela?’ Ele levantou a cabeça, olhou fixo para mim e, voltando o rosto para o papel, respondeu em voz clara: ‘Espanholita’, e sorriu, como que satisfeito pela resposta que dera. E mergulhou novamente nas profundezas do seu ser.”* (Pedrosa, 1980, pág. 108).

A identificação, a empatia de Martha com Raphael é imediata. A do paciente começa quando percebe que Martha reconhece um sentido no seu desenho aparentemente

---

<sup>37</sup> É importante ressaltar que Silveira concebeu seu ateliê de pintura como um espaço especificamente terapêutico, sem pretensões de que seus pacientes fossem reconhecidos como artistas por parte do público e dos críticos de arte. O reconhecimento se deu naturalmente, por parte dos maiores críticos de arte brasileiros da época. Essa preocupação tem raízes em Jung (s. d.), que se inquietava com o fato das produções plásticas feitas com objetivo terapêutico por alguns pacientes durante a análise serem consideradas arte por eles mesmos. Jung (s. d.) cita o exemplo de um paciente que, estimulado por uma amiga que viu suas produções, abandonou o emprego e lançou-se como artista, tendo fracassado na tentativa. Por outro lado, Winnicott (1993) via na expressão artística a possibilidade de o indivíduo contatar seu self primitivo: *“Através da expressão artística, há a esperança de manter contato com nossos selves primitivos, onde se originam os sentimentos mais intensos e sensações amedrontadoramente agudas e ficamos realmente empobrecidos, se somos apenas sãos.”* (Winnicott, 1993, pág. 285 – o grifo é do autor).

abstrato. Martha, por seu turno sente-se à vontade com Raphael, tanto que lhe expressou espontaneamente sua opinião sobre as árvores e o sol. Ele também reconhece o interesse de Martha e, a ela que possui feições que lembram uma espanhola, chama-lhe “espanholita”. A desenhista se estende em suas impressões:

*“Suas antenas perceptoras são poderosíssimas, parece que ele lê os sentimentos. É curioso constatar como ele dispensa imediatamente qualquer falso sentimento de afeto na aproximação. Isso foi uma coisa que me impressionou muito. Quantas vezes me vi e ainda me vejo constrangida diante de sua quase invisível consciência do comportamento das pessoas. Para mim, Raphael, que vive alado, em seus raros momentos de pouso registra tudo, observa tudo.”* (Pedrosa, 1980, pág. 108).

Logo, há ligações com o que Winnicott (1983) chamaria de um verdadeiro self que afastaria tentativas de intrusão do exterior. Martha termina o comentário referindo-se ao tema da sensibilidade:

*“Não há a menor dúvida de que estão vivos os componentes de afetividade dentro de Raphael. Eu sei que ele percebe e ele sabe que eu percebo. Os olhares grosseiros não podem entender as sutilezas da vida, e por isso dizem que tais sutilezas não existem.”* (Pedrosa, 1980, pág. 108)

É interessante frisar que o depoimento foi feito por uma pessoa que não está relacionada diretamente com a atenção à saúde mental, mostrando como a sensibilidade pessoal, a compreensão e o relacionamento afetivo podem ser fatores altamente mobilizadores para o outro. Retomando a primeira proposição de Silveira, na qual afirma que “a criação de um ambiente cordial, centralizado na personalidade de um monitor sensível, funcionaria como uma espécie de catalisador”, vemos que o afeto e a compreensão devotados por Martha a Raphael funcionaram como algo que, em sua linguagem, seria denominado catalisador, que tiraria o paciente de um estado de repetição e de quase total incomunicabilidade com as pessoas e com o ambiente para um estado criativo e de uma sutil comunicação com o outro.

Segundo Silveira (1992), desde o contato com Martha, Raphael foi retomando a atividade criadora deixando os traços repetitivos. O desenho foi ganhando configuração. Contudo, o processo é interrompido novamente com a ausência de Martha, que também viaja para o exterior. Após sua partida, Raphael volta aos repetitivos traçados de linhas entrecruzadas, o que continuou a acontecer até a sua morte, seis anos depois da ida de Martha.

Silveira (1982), conclui, a partir de sua experiência com Raphael:

*“(...) Reafirmamos aquilo que várias vezes já repetimos; sem a ponte firme de um relacionamento afetivo não há cura possível para os graves estados do ser da patologia psíquica.*

*Em favor dessa afirmação lembremos os acontecimentos relatados por M. A. Sechehaye na descrição do caso de Renée (também uma jovem cuja doença se manifestou aos dezessete anos). Renée regredia quando pequenos fatos da vida cotidiana, em seu sentir, ameaçavam sua relação afetiva com a terapeuta.” (Silveira, 1992, pág. 42)*

Vale ressaltar que Silveira trabalhou com enormes dificuldades que pesavam contra seu trabalho, dentro de uma cultura e sociedade manicomiais onde o espaço reservado ao psicótico era o da exclusão, da deterioração e da morte em vida. O psicótico era um organismo com defeito, que precisaria, para ser contido, de brutais operações como o eletrochoque, ou de doses maciças de neurolépticos. Silveira foi uma das pioneiras, no Brasil, a considerar a subjetividade do paciente psicótico e criar um método terapêutico visando a seu resgate. Ela trabalhou com a oposição da maioria dos seus colegas psiquiatras do Centro Psiquiátrico Pedro II e, muitas vezes, da própria direção do hospital. O ambiente hospitalar em que trabalhava na época não era muito diferente de um Juqueri ou de uma Colônia Juliano Moreira ou de muitos hospitais psiquiátricos públicos e privados existentes hoje em dia, onde a desassistência, o abandono e a reificação do paciente são a norma. É admirável que, nesse ambiente desfavorável, Silveira tenha criado um oásis, um ambiente cordial e afetivo, onde pacientes que antes eram considerados casos exemplares de deterioração psíquica pudessem expor sua rica subjetividade e ter notáveis melhoras clínicas.

As intuições clínicas de Silveira e suas propostas teóricas nos ajudam a repensar a terapêutica da psicose, esse fenômeno complexo que ultrapassa toda tentativa de explicação racional. Por esse motivo, seu trabalho, apesar de admirável, deixa em aberto algumas questões. Poderíamos, por exemplo, propor algumas conjecturas em relação ao caso de Raphael. Se Almir e Martha tivessem ficado a seu lado, por exemplo, ele poderia ter tido uma melhor recuperação, clinicamente falando, ou conseguiria ter mantido e aprimorado sua criação do ponto de vista estético. Não nos esqueçamos, porém, de que Martha e Raphael tinham seus projetos de vida, alimentavam o desejo de alcançar seu destino individual, e, por isso, viajaram a Europa, como artistas que eram, para dar prosseguimento à carreira. Esse grande criador que era Raphael precisava de pessoas que compreendessem o âmago de sua criação e essas, infelizmente, eram poucas, no Brasil daquela época. Silveira teve a sensibilidade e a intuição clínica para aproximar e fazer um encontro existencial entre seres humanos ao mesmo tempo tão iguais e desiguais, o que provocou anos de convivência altamente enriquecedoras para ambos os lados.

Após esse caso clínico relatado por Silveira sobre a importância da sensibilidade pessoal do terapeuta, gostaria também de apresentar uma experiência clínica que corrobora esse conceito. À paciente que viveu essa experiência comigo darei o nome fictício de Djanira.

## 7. O ambiente cordial e livre expressão

Silveira (1992) tampouco se contentou apenas com seu trabalho no Centro Psiquiátrico Pedro II. Notando que a taxa de reinternação era bastante alta nesse hospital, cerca de 70%, ela planejou constituir um serviço que fosse *“um degrau intermediário entre a rotina do sistema hospitalar, desindividualizado, e a vida na família e na sociedade, com seus inevitáveis e múltiplos problemas, onde a aceitação do egresso não se faz sem dificuldades”* (Silveira, 1992, pág. 21) visando a interromper *“o ciclo de reinternações”* (Silveira, idem).

Criou, então, em 1956, juntamente com seus colaboradores, a Casa das Palmeiras, *“instituição sem fins lucrativos, destinada ao tratamento e à reabilitação de egressos de estabelecimentos psiquiátricos”* (Silveira, 1992, pág. 21). A Casa funciona como uma espécie de hospital-dia ou centro de convivência, cinco dias por semana, no período da tarde. Devemos ressaltar que foi o primeiro serviço desse gênero criado no Brasil. O método de trabalho era igual ao praticado no STOR, com a diferença de estar sendo desenvolvido numa instituição fundamentalmente não manicomial. Nesse local, Silveira (1986) pôde desenvolver plenamente sua concepção de um ambiente afetivo que fosse, ao mesmo tempo, um agente terapêutico:

*“Convivendo com o cliente durante várias horas por dia, vendo-o exprimir-se verbal ou não verbalmente em ocasiões diferentes, seja no exercício de atividades individuais ou de grupo, a equipe logo chegará a um conhecimento bastante profundo de seu cliente. E a aproximação que nasce entre eles, tão importante no tratamento, é muito mais genuína que a habitual relação de consultório entre médico e cliente. A experiência demonstra que a volta à realidade depende em primeiro lugar de relacionamento confiante com alguém, relacionamento que se estenderá aos poucos a contatos com outras pessoas e com o ambiente. O ambiente que reina na Casa é por si próprio, assim pensamos, um importante agente terapêutico.”* (Silveira, 1986 , pág. 11)

Fica claro que, para Silveira, o ambiente como agente terapêutico nasce a partir de uma pessoa da equipe que é capaz de oferecer um relacionamento pautado pela compreensão ao paciente, proporcionando-lhe confiança. É dessa relação que o paciente poderá estabelecer outros relacionamentos , seja com pessoas ou com seu meio ambiente.

É interessante comparar os conceitos de confiança e ambiente terapêutico de Silveira com os de Winnicott (1975). Este assim se refere à questão da confiança:

*“Em casos de fracasso prematuro da fidedignidade ambiental, ocorre um perigo alternativo, o de que esse espaço potencial possa ser preenchido com o que nele é injetado a partir de outrem que não o bebê. Parece que tudo o que provenha de outrem, nesse espaço, constitui material persecutório, sem que o bebê disponha de meios para rejeitá-lo. Os analistas precisam estar atentos para evitar a criação de um sentimento de confiança e*

*uma área intermediária em que a brincadeira se possa efetuar, e, depois, injetar nessa área ou inflá-la com interpretações que, com efeito, provêm de suas próprias imaginações criativas.*” (Winnicott, 1975, pág. 141).

Winnicott aprofunda o tema que Silveira havia introduzido, ao mostrar que a destruição da confiança resulta em persecutoriedade para o paciente. Winnicott (1975), no mesmo texto, cita Plaut (1966), analista junguiano, que ressalta a importância do ambiente de confiança para o uso construtivo da imaginação:

*“A capacidade de formar imagens e utilizá-las construtivamente pela recombinação em novos padrões, diferentemente dos sonhos, ou fantasias, depende da capacidade do indivíduo em confiar.”* (Plaut, 1966).

Os exemplos dos pacientes Fernando e Raphael, já citados, ilustram a importância da relação de confiança como produtora de recombinação de imagens. Silveira (1996), continuando com a descrição do ambiente terapêutico da Casa das Palmeiras, reforça a preocupação de não criar um ambiente persecutório para os clientes:

*“A Casa das Palmeiras é um pequeno território livre, onde não há pressões geradoras de angústia, nem exigências superiores às possibilidades de resposta de seus frequentadores.”* (Silveira, 1986, págs. 11 e 12 – o grifo é do autor).

Ela aponta, a meu ver, a necessidade do respeito à subjetividade do paciente psicótico, contrariando frontalmente a noção predominante na psiquiatria onde esse paciente é um desviante da norma e, por isso mesmo, deve ser disciplinado. Essa última concepção fez, segundo Foucault (1987), nascer a instituição psiquiátrica, com seu ambiente correccional, disciplinar e educacional. Silveira (1986) opõe-se a essa idéia de ambiente correccional, criando com sua equipe um outro:

*“Portas e janelas estão sempre abertas na Casa das Palmeiras. Os médicos não usam jaleco branco, não há enfermeiras e os demais membros da equipe técnica não portam uniformes ou crachás. Todos participam ao lado dos clientes, das atividades ocupacionais, apenas orientando-os quando necessário. E também todos fazem em conjunto o lanche, que é servido no meio da tarde, sem discriminação de lugares especiais.”* (Silveira, 1986, pág.12).

Apesar da ausência do clima disciplinar muitas vezes reinante nos hospitais psiquiátricos, esse ambiente gera efeitos terapêuticos para os pacientes:

*“Essas normas inusuais existem desde a fundação da Casa, em 1956. Não contribuíram para fomentar desordem. Pelo contrário, seus efeitos criaram um favorável ambiente terapêutico para pessoas que já sofreram humilhantes discriminações em instituições psiquiátricas e até mesmo no âmbito de suas famílias; isso sem citar, por demais óbvias, as dificuldades que se erguem no meio social para recebê-los de volta.”* (Silveira, 1986, pág. 12).

Podemos dizer que o relacionamento e as normas de conduta estabelecem-se naturalmente, como que criados pelos próprios pacientes. Essa forma é oposta à cultura da exclusão vigente na maioria dos hospitais psiquiátricos existentes atualmente. Entretanto, Silveira (1986) preocupava-se com a inserção social dos pacientes:

*“A Casa das Palmeiras comporta a frequência de 30 a 35 clientes funcionando em regime de externato nos dias úteis, das 13 às 17:30as. Assim o cliente não se desliga de sua família e do meio social com seus inevitáveis problemas que aprende aos poucos a superar, graças aos enriquecimentos adquiridos através das atividades praticadas na Casa e dos laços de convivência amiga que aí se formam.”* (Silveira, 1986 , pág. 12)

Apesar de Silveira usar termos ligados à pedagogia, como externato, sua concepção da Casa das Palmeiras se aproxima do que hoje na saúde mental chamamos de centro de convivência ou hospital-dia. O conceito de processo institucional de Silveira é semelhante ao que De Leonardis (1997), dentro da reforma de tradição basagliana, chamou de *“psiquiatria da desinstitucionalização”*, definindo-a como *“um percurso complexo de desconstrução a partir do interior da instituição psiquiátrica”* (De Leonardis, 1987; pág. 248). Também Amarante (1996) aponta *“ser esse um processo, ao mesmo tempo prático e teórico, que introduz transformações no campo do saber e das instituições.”* (Amarante, 1996, pág.26).

É importante desvincular a noção de desinstitucionalização da de mera desospitalização ou, pior ainda, de desassistência. Amarante (1996) sustenta que a desinstitucionalização não significa o simples reenvio do doente para sua família e o abandono de ambos à própria sorte, mas sim a criação de uma rede de serviços na comunidade, que possa assistir ambos a partir de uma nova visão do saber, que não inclua apenas o saber psiquiátrico, e traga abordagens do sofrimento mental a partir das chamadas humanidades .

Silveira começou, pois, trabalhando dentro da instituição psiquiátrica, mas com propostas que visavam à transformação dela. Cedo, porém, percebeu a limitação do hospital psiquiátrico tradicional e partiu para a criação de uma espécie de hospital-dia que antecedeu, no Brasil, por cerca de 30 anos, uma instituição de saúde mental pública que a ele se assemelhasse<sup>38[1]</sup>. Por outro lado, aproximou o saber da psiquiatria do campo da

---

<sup>38</sup> O primeiro equipamento público de saúde mental a surgir no Brasil após a Casa das Palmeiras, que não fosse ambulatório ou hospital psiquiátrico, foi o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS), instituído em 1987 pelo Governo do Estado de São Paulo. Scarcelli (1998) avalia o CAPS: *“Dentre as ações do Governo estadual, merece destaque, nesse contexto, a instalação de um novo*

terapia ocupacional e da psicologia analítica,abrindo novas possibilidades de tratamento para a pessoa portadora de sofrimento psíquico.

Não podemos deixar de notar o grande sucesso, em termos práticos, da proposta terapêutica da Casa das Palmeiras. Ela passa pela redução e, na maioria dos casos, suspensão por parte dos psiquiatras encarregados da assistência, da administração de neurolépticos para seus pacientes. Aponta ainda, para o fato de a Casa ter atingido sua meta:

*“Nos seus trinta e seis anos de existência, a Casa das Palmeiras cumpriu seu objetivo: cortou o inexorável ciclo de internações-reinternações de seus clientes, a maioria dos quais não retornou ao hospital psiquiátrico desde que a frequênta. Frisemos que muitos desses clientes já haviam passado pelo traumatismo da internação dez vezes ou mais.” (Silveira, 1992, pág.22).*

Depois de estudar o desenvolvimento das idéias de Silveira sobre o ambiente cordial, gostaria de apresentar um paralelo entre as atividades não-verbais, livre expressão e o “*jogo da espátula*”, desenvolvido por Winnicott (1993) como uma forma de diagnóstico e terapia de bebês que apresentavam sintomas psicossomáticos. O jogo das espátulas consistia basicamente na possibilidade de os bebês poderem explorar espátulas livremente. Winnicott descobriu que quando “*o desenvolvimento completo da experiência era permitido*” (Winnicott, 1993, pág. 159) o bebê tinha satisfação e, muitas vezes, melhora importante dos sintomas. O princípio era o de dar “*ao bebê o direito de completar uma experiência que tem particular valor como uma lição de objeto.*”(Winnicott, idem).

Quando Winnicott permitia, num ambiente sem coações, que o bebê realizasse sua atividade exploratória, o sintoma emocional logo se manifestava e diminuía de intensidade. Apesar de realizado com pacientes, patologias e circunstâncias diferentes dos de Silveira, ambos chegaram a conclusões semelhantes.

A partir do desenvolvimento do jogo da espátula, Winnicott (1994) voltou-se para a exploração ao mesmo tempo diagnóstica e terapêutica do jogo do rabisco com crianças um pouco maiores. Ele preparava o paciente, antes do jogo:

*“Em um momento adequado após a chegada do paciente, geralmente após pedir ao genitor que o acompanha para ir para a sala de espera, digo à criança: ‘Vamos jogar alguma coisa. Sei o que gostaria de jogar e vou lhe mostrar’. Há uma mesa entre a criança e eu, com papel e dois lápis. Primeiro apanho um pouco de papel e rasgo as folhas ao meio, dando a impressão de que o que estamos fazendo não é freneticamente importante, e então começo a explicar. Digo: ‘Este jogo que gosto de jogar não tem regras. Pego apenas*

---

*equipamento de saúde mental, no ano de 1987: o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS). O CAPS, serviço que procura integrar ações ambulatoriais e oficinas de trabalho com a estrutura de hospital-dia, influenciou a criação de novos serviços e a transformação daqueles já existentes. Tal experiência representou uma ruptura em relação às práticas cristalizadas e pouco resolutivas (mesmo aquelas desenvolvidas nos serviços empenhados numa ação de desospitalização), apontando uma nova via de reflexão sobre a loucura e de atenção aos portadores de transtornos mentais.” (Scarcelli, 1998)*

*o meu lápis e faço assim...’ e provavelmente aperto os olhos e faço um rabisco às cegas. Prossigo com a explicação e digo: mostre-me se se parece com alguma coisa a você ou se pode transformá-la em algo; depois, faça o mesmo comigo e verei se posso fazer algo com o seu rabisco.” (Winnicott, 1994, pág. 232).*

Winnicott primeiro procurava criar um clima descontraído, de modo a favorecer o afloramento da espontaneidade do paciente. Mas, se o paciente não desejasse praticar o jogo de rabiscos, Winnicott deixava à criança a possibilidade de expressar-se de outra maneira:

*“Isto é tudo o que existe a título de técnica, e tem-se de enfatizar que sou totalmente flexível mesmo neste estágio muito inicial, de maneira que se a criança quer desenhar, ou conversar, ou brincar com brinquedos, ou fazer música ou traquinagens, fico livre para adaptar-me aos desejos dela. Com frequência um menino quererá jogar o que chama de ‘jogo de pontos’, isto é, algo que pode ser ganho ou perdido, Apesar disso, em uma alta proporção de casos de primeira entrevista, a criança aceita por tempo suficiente longo os meus desejos e o que gosto de jogar para que algum progresso seja alcançado. Cedo as recompensas começam a aparecer, de maneira que o jogo continua. Amiúde, no decorrer de uma hora, fizemos juntos 20 a 30 desenhos e, gradualmente, a significância destes desenhos conjuntos tornou-se cada vez mais profunda e é sentida pela criança como fazendo parte de uma comunicação de importância.” (Winnicott, 1994, pág. 232)*

Winnicott aponta a necessidade de não forçar a criança a agir de um determinado modo. Dessa forma, ele se porta como um ambiente que apóia, mas não domina, para assim favorecer uma comunicação emocional importante. Davis e Wallbridge (1982) ressaltam:

*“(...)Quando cada um contribuía com algo para a situação, a criança logo ficava à vontade e já que Winnicott não dominava a entrevista, era fácil fazer gestos e abordagens espontâneas.” (Davis, e Wallbridge, 1982, pág. 41).*

Davis e Wallbridge lembram também que, por sua própria natureza, o jogo de rabiscos não oferecia barreiras à espontaneidade da criança. Winnicott aponta que os rabiscos poderiam expressar “impulso, incontinência, loucura, etc., de acordo com o estado emocional da criança” (Winnicott, 1963).

A oportunidade oferecida por Winnicott à criança de terminar o desenho a seu modo permitia que ela fizesse uso do rabisco para efetuar qualquer comunicação emocional que desejasse. A partir dessa comunicação, o paciente poderia integrar, com a sustentação do terapeuta, os conteúdos emocionais, o que seria o objetivo maior da consulta terapêutica. Winnicott (1994) afirmava que a consulta terapêutica pode, a partir da integração dos conteúdos citados, servir como fator de reestruturação pessoal para as crianças.

Como ele, Silveira (1982) procurou favorecer os meios de expressão mais adequados para sua clientela. Em relação aos seus pacientes psicóticos, elegeu as atividades plásticas como principais, pois sentia que elas eram de muita valia para seus pacientes:

*“A psicoterapia junguiana tem por meta não só a dissolução de conflitos interpessoais, mas favorecer o desenvolvimento das ‘sementes criativas’ inerentes ao indivíduo doente. E é justamente em atividades feitas com as mãos que com bastante freqüência, se revela a vida dessas ‘sementes criativas’”.* (Silveira, 1982, pág.102)

É interessante notar que, de certa forma, a psicoterapia junguiana reconhece uma criatividade inerente a todos os indivíduos, mesmos os portadores de patologias graves. Acredito que essa noção aproxima os junguianos do pensamento winnicottiano. De Mazzieri (1999) escreve:

*“A proposta winnicottiana inclui a necessidade de levarmos em conta as tendências regressivas do paciente psicótico como parte da comunicação do material clínico que o analista pode entender, tal como os sintomas histéricos encerram uma comunicação. Da mesma forma, penso na importância de valorizarmos, também, os movimentos criativos como outra parte dessa comunicação.”* (De Mazzieri, 1999, pág.64).

O autor enfatiza a necessidade de não vermos o paciente psicótico apenas a partir do prisma da psicopatologia. Ele mostra a importância de considerarmos o aspecto criativo da comunicação desse tipo de paciente.

Tal como Winnicott com o jogo da espátula e o jogo do rabisco, Silveira (1992) descobriu, principalmente na pintura e na modelagem, vastas possibilidades diagnósticas e terapêuticas:

*“Dentre as várias atividades ocupacionais, verificamos que a pintura e a modelagem permitiam mais fácil acesso ao mundo interno do esquizofrênico. E esse é nosso principal objetivo, não só como uma questão teórica, mas também como necessidade para o tratamento, uma vez que teríamos de encontrar a atividade adequada à condição psíquica que se encontra o indivíduo.*

*Além disso, já havíamos verificado, desde 1948, que a pintura e a modelagem tinham em si mesmas qualidades terapêuticas, pois davam forma a emoções tumultuosas, despotencializando-as e objetivavam forças curativas que se moviam em direção à consciência, isto é, à realidade.”* (Silveira, 1992, pág. 17)

É importante frisar que Silveira começou usando o termo terapêutica ocupacional, porém seu objetivo nunca foi o de preenchimento do tempo ocioso do internado dentro de uma instituição total (Goffman, 1974), mas sim psicoterapêutico:

*“Porque a terapêutica ocupacional, adequadamente orientada, não teria um papel a desempenhar no tratamento de esquizofrênicos, como modalidade de psicoterapia?” (Silveira, 1992, pág.16).*

Ela tem uma preocupação teórica, procura desenvolver uma fundamentação científica para seu método de tratamento, ao invés de considerá-lo um método meramente ocupacional:

*“Desde 1946, quando retomei o trabalho no Centro Psiquiátrico de Engenho de Dentro, não aceitei os tratamentos vigentes na terapêutica psiquiátrica. Segui outro caminho, o da terapêutica ocupacional, considerado na época (e ainda o é hoje) um método subalterno, destinado apenas a ‘distrair’ ou contribuir para a economia hospitalar. Mas a terapêutica ocupacional tinha para mim outro sentido. Era intencionalmente diferente daquela empregada, de hábito, em nossos hospitais. Desde o início, nossa preocupação foi de natureza teórica, isto é, buscar fundamentação científica onde firmar uma estrutura que permitisse a prática da terapêutica ocupacional.” (Silveira, 1992, pág.16).*

Também, com o tempo, acabou por propor a substituição do termo terapêutica ocupacional por “emoção de lidar”, que acreditava representar mais seu trabalho:

*“A expressão terapêutica ocupacional generalizou-se, embora seja pesada como um paralelepípedo. Preferimos dizer **emoção de lidar**, expressão usada por um cliente da Casa das Palmeiras, pois sugere a emoção provocada pela manipulação dos materiais de trabalho, uma das condições essenciais para a eficácia do tratamento.” (Silveira, 1992, pág. 22 - o grifo é do autor).*

Silveira (1982) baseia-se no pensamento junguiano para embasar a hipótese de que a expressão dos sintomas por via da expressão plástica pode ajudar o paciente a enfrentar as emoções tumultuosas:

*“Certamente será muito válido interpretar e compreender as produções da imaginação – sonhos, fantasias – nos distúrbios emocionais. Mas o caminho da interpretação intelectual não é o único caminho. Há também, segundo Jung, o método que sugere ao indivíduo a tentativa de dar forma visível às imagens internas que surgem em meio dos tumultos das emoções. Expressar as emoções pela pintura será excelente método para confrontá-las. Não importa que essas pinturas sejam de todo desprovidas de qualidades estéticas. O que importa é proporcionar à imaginação oportunidade para desenvolver livre jogo e que o indivíduo participe ativamente dos acontecimentos imaginados.” (Silveira, 1982, pág. 134).*

No caso de pacientes psicóticos, como já foi discutido anteriormente, esse recurso terapêutico terá maior eficácia se desenvolvido num ambiente confiável. De qualquer forma, mais importante do que qualquer qualidade estética, está o livre jogo da imaginação. É interessante ver que essa concepção de Silveira da pintura como livre jogo da imaginação aproxima-se da idéia winnicottiana do brincar (Davis e Wallbridge, 1982) como interjogo entre o onirismo e os objetos externos: “*Ao brincar, a criança manipula fenômenos externos a serviço do devaneio e investe fenômenos externos escolhidos com significados e sentimentos oníricos.*” (Davis e Wallbridge, 1982, pág. 76)

Winnicott ressalta a importância do brincar como possibilidade de o sujeito ter liberdade de criação: “*É no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança e o adulto fruem sua liberdade de criação.*” (Winnicott, 1975, pág.79)

A brincadeira é, de acordo com o pensamento de alguns autores winnicottianos, vista como uma forma de acesso ao inconsciente. Segundo Abram (2000): “*Da mesma forma que Freud entendia o sonhar como o ‘nobre caminho que leva ao inconsciente’, Winnicott via o brincar como o ‘portão de entrada para o inconsciente’.*” (Abram, 2000, pág. 60)

Para Winnicott (1991), o brincar tem uma função de auto-revelação de uma parte do inconsciente, que não é o inconsciente reprimido freudiano: “*The repressed unconscious must be kept hidden, but the rest of the unconscious is something that each individual wants to get to know, and play, like dreams, serves the function of self-revelation.*” (Winnicott, 1991, pág.146).

Apesar de não esclarecer nitidamente a natureza do que chama de inconsciente não reprimido somos levados a pensar que Winnicott se refere a um inconsciente que potencialmente é criativo.

Jung (1929), em seu ensaio “Os objetivos da psicoterapia”, aproxima-se da visão de Winnicott da psicoterapia como brincar conjunto entre terapeuta e o paciente. Ele coloca que a função do psicoterapeuta seria fantasiar junto com o paciente. Sustenta que a fantasia é o poder criativo do espírito humano. A fantasia leva o homem ao estado lúdico. Nesse texto, Jung cita a célebre frase de Schiller de que o homem “*Só é totalmente homem, quando brinca.*” (Schiller, 1791-1793). Jung inclusive utilizou a brincadeira em sua auto-análise como meio de acesso ao seu inconsciente, quando outros meios, tais como os sonhos, mostraram-se insuficientes:

“*Os sonhos de então impressionavam-me muito mas não me ajudavam a superar o sentimento de perplexidade que se apoderava de mim. Pelo contrário, eu vivia como que sob o domínio de uma pressão interna. Às vezes esta era tão forte que cheguei a supor que*

*havia em mim alguma perturbação psíquica. Duas vezes passei em revista toda a minha vida em todos os seus pormenores, detendo-me particularmente nas lembranças da infância, pensando encontrar em meu passado alguma coisa que pudesse ser a causa de uma possível perturbação. Mas esta introspecção foi infrutífera e tive que confessar a mim mesmo minha ignorância. Pensei então: 'Ignoro tudo a tal ponto que simplesmente farei o que me ocorrer'. Abandonei-me assim, conscientemente, ao impulso do inconsciente.*

*A primeira coisa que se produziu foi o aparecimento de uma lembrança da infância, talvez dos meus dez ou doze anos. Nessa época eu me entregara apaixonadamente a brinquedos de construção. Lembrei-me com clareza de que edificara casinhas e castelos, com portais e abóbadas, usando garrafas como suportes. Um pouco mais tarde, utilizei pedras naturais e terra argilosa como argamassa. Durante longos anos essas construções me haviam fascinado. Para minha surpresa, essa lembrança emergiu acompanhada de uma certa emoção.*

*'Ah, ah! Disse a mim mesmo, aqui há vida! O garoto anda por perto e possui uma vida criativa que me falta. Mas como chegar a ela?' Parecia-me impossível que o homem adulto transpusesse a distância entre o presente e meu décimo primeiro ano de vida. Se eu quisesse, entretanto, restabelecer o contato com essa época de minha vida, só me restava voltar a ela acolhendo outra vez a criança que então se entregava aos brinquedos infantis.*

*Esse momento marcou um ponto crucial no meu destino. Só me abandonei a tais brincadeiras depois de repulsões infinitas, com um sentimento de extrema resignação e experimentando a dolorosa humilhação de não poder fazer outra coisa senão brincar. Pus-me, então a colecionar pedras, trazendo-as da beira do lago ou de dentro d'água; depois comecei a construir casinhas, um castelo, uma cidade. Nesta época, porém, faltava a igreja; comecei então uma construção quadrada, encimada por um tambor hexagonal e por uma cúpula de base quadrada. Ora, uma igreja comporta também um altar. Mas algo em mim relutava em edificá-lo." (Jung, s. d., págs. 154 e 155)*

Jung associa a brincadeira à criatividade e aponta a dificuldade de, como adulto, se entregar a ela. O relato prossegue:

*"Preocupado em saber como resolveria este problema, passeava um dia, como de costume, ao longo do lago e recolhia pedras por entre o cascalho da margem. De repente, deparei com uma pedra vermelha, uma espécie de pirâmide de quatro lados, de uns quatro centímetros de altura. Era uma lasca de pedra que de tanto ter sido rolada na água pelas vagas, acabara por tomar essa forma, puro produto do acaso. Assim que a vi, soube que encontrara meu altar! Coloquei-a no meio, sob a cúpula, e enquanto fazia isto me lembrei do falo subterrâneo do meu sonho de infância. Esta conexão despertou em mim um sentimento de satisfação." (Jung, s. d., pág. 155)*

Cumprе destacar que o falo, nas religiões antigas, representava a divindade criadora. Silveira (1982) se manifesta sobre o tema:

*“Nas religiões antigas é freqüente que o falus ocupe o lugar da divindade criadora. Os povos primitivos, bem como os povos antigos, faziam largo uso dos símbolos fálicos e jamais confundiram o falus na qualidade de símbolo ritualístico com o pênis. O falus sempre significou para eles o **mana** criador, o poder de curar e de fertilizar.”* (Silveira, 1982, pág. 128- o grifo é do autor)

Jung elege, como símbolo principal da sua cidade de brinquedo o símbolo da divindade criadora, associando o brincar à criação do mundo. Continuando sua auto-análise, retorna ao tema da brincadeira como forma de acesso ao inconsciente:

*“Todos os dias depois do almoço, se o tempo permitia, eu me entregava ao brinquedo de construção. Mal terminada a refeição, ‘brincava’ até o momento em que os doentes começavam a chegar; à tarde, se meu trabalho tivesse terminado a tempo, voltava às construções. Com isso meus pensamentos se tornavam claros e conseguia apreender de modo mais preciso fantasias das quais até então tivera apenas um vago pressentimento.*

*Naturalmente, eu cogitava acerca da significação de meus jogos e perguntava a mim mesmo: ‘Para falar a verdade, o que fazes? Constróis uma pequena colônia e o fazes como se fosse um rito’. Eu não sabia o que responder, mas tinha a íntima certeza de trilhar o caminho que levava ao meu mito. A construção representava apenas o início. Ela desencadeava toda uma seqüência de fantasmas que mais tarde anotei meticulosamente.”* (Jung, s. d., pág.155)

Jung aponta a possibilidade de o brinquedo poder abrir uma nova significação para a pessoa. Winnicott (1975, pág. 137) via o brincar como uma fase que abria a possibilidade de a pessoa chegar ao estágio da experiência cultural<sup>39[2]</sup>, onde progressivamente poderia vivenciar outras experiências significativas. Ainda Jung (s. d.):

*“Situações deste tipo repetiram-se em minha vida. Sempre que me sentia bloqueado, em períodos posteriores, eu pintava ou esculpia uma pedra: tratava-se sempre de um **rite d’entrée** que trazia pensamentos e trabalhos. Assim, por exemplo, tudo quanto escrevi este ano: ‘**Presente e Futuro**’, ‘**Um Mito Moderno**’, ‘**A Propósito da Consciência Moral**’, eclodiu no curso da escultura de uma pedra à qual me consagrei depois da morte de minha mulher. A realização e o fim de sua existência, e tudo o que conseqüentemente se tornou claro para mim nessa ocasião, me haviam prodigiosamente arrancado de mim mesmo. Foi muito difícil estabilizar-me de novo e o contacto com a pedra ajudou-me consideravelmente.”* (Jung, s. d., págs. 155 e 156 – o grifo é do autor)

---

<sup>39[2]</sup> Michael Fordham, importante junguiano inglês, amigo de Jung e Winnicott, considerava que, o brincar com as pedras do primeiro proporcionou-lhe a entrada no estágio da experiência cultural. (Fordham, 1998).

É interessante lembrar que brincadeira e criatividade estavam profundamente imbricadas dentro da vida de Jung. O brincar lhe aparece como fator de equilíbrio existencial importante. Winnicott (1991) sustenta que a brincadeira traz o equilíbrio entre os fatores conscientes e inconscientes:

*“(...)It would be profitable, in this connexion, to examine masturbation or other sensual exploitation along with the conscious and unconscious fantasy that belongs to it, and to compare this with true playing, in which conscious and unconscious ideas hold sway, and the related bodily activities are either in abeyance or else are harnessed to the play content.”* (Winnicott, 1991, pág. 145)

Compare-se a idéia winnicottiana do domínio das idéias conscientes e inconscientes na brincadeira <sup>40[3]</sup> com a função transcendente de Jung (1984), que une conteúdos conscientes e inconscientes <sup>41[4]</sup>:

*“Por ‘função transcendente’ não se deve entender algo de misterioso e por assim dizer supra-sensível ou metafísico, mas uma função que, por sua natureza, pode-se comparar com uma função matemática de igual denominação, e é uma função de números reais e imaginários. A função psicológica e ‘transcendente’ resulta da união dos conteúdos conscientes e inconscientes.”* (Jung, 1984, parágrafo 131)

De um ponto de vista junguiano, poderíamos dizer que a brincadeira tem uma função transcendente. Em Jung, essa função, na medida em que reúne conteúdos

---

<sup>40[3]</sup> Em outro trecho, Winnicott (1989) coloca que a aspiração cultural preenche o espaço existente entre o consciente e o inconsciente:

*“Em pessoas normais, a camada entre o consciente e o inconsciente é preenchida por aspirações culturais. A vida cultural do delinqüente é notoriamente escassa, pois para ele não há liberdade, exceto na fuga para o sonho não-lembrado ou para a realidade. Qualquer tentativa de explorar a área intermediária não conduz nem à arte nem tampouco à religião ou ao brincar, mas ao comportamento anti-social compulsivo. Para o indivíduo, tal comportamento é inerentemente não-compensador; para a sociedade danoso.”* (Winnicott, 1989, pág. 86)

<sup>41[4]</sup> Apesar da crítica de Bleger (1984) à noção psicanalítica de conteúdo inconsciente, o qual ele supõe que leva a uma substancialização de uma parte da hipotética mente, confronto a idéia de Jung de que o inconsciente, filogeneticamente, precede a consciência, que é uma aquisição tardia da humanidade. Dentro da visão junguiana, ontogeneticamente, a própria consciência nasce a partir do inconsciente, é uma diferenciação deste. Acredito que a visão blegeriana resvala para um racionalismo que privilegia indiretamente a consciência como intérprete quase imediata dos significados inconscientes da conduta. A noção de conteúdo inconsciente em Jung aponta para uma autonomia destes conteúdos. A consciência deverá, de forma dialética, respeitá-los e lidar com eles, com o objetivo de alcançar a individuação.

Jung (1991) toca nessa questão dentro do processo analítico:

*“No processo analítico, isto é, no confronto dialético do consciente e do inconsciente constata-se um desenvolvimento, um progresso em direção a uma certa meta ou fim cuja natureza enigmática me ocupou anos a fio. Os tratamentos psíquicos podem chegar a um fim em todos os estágios possíveis do desenvolvimento, sem que por isso se tenha o sentimento de ter alcançado uma meta.”* (Jung, 1991, parágrafo 3)

conscientes e inconscientes, é essencialmente simbólica<sup>42[5]</sup> e mediadora da expressão do self<sup>43[6]</sup>.

Na visão winnicottiana, o brincar aparece como fator de descoberta do self:

*“Essas condições estão associadas àquilo que é geralmente chamado de criatividade. É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (self).”* (Winnicott, 1975, pág. 80 – o grifo é do autor)

Acredito que Winnicott faz essa afirmação no sentido de que toma o brincar como dimensão da criatividade que tinge os objetos externos com sentimentos e significados oníricos pessoais; visto que, na brincadeira, a pessoa modela a realidade a partir de sua subjetividade, ela está expressando seu self e pode, enfim, descobri-lo. Winnicott emprega a palavra self como sinônimo de totalidade da personalidade<sup>44[7]</sup>. Apesar de não haver um paralelismo total com a concepção junguiana, vemos que, através do brincar, o todo da personalidade é mobilizado, e apesar de nesse trecho não haver menção explícita ao inconsciente, o fato de o indivíduo descobrir seu self significa que ele era em parte inconsciente<sup>45[8]</sup>.

Jung (1986), na psicoterapia de pacientes psicóticos, usou a pintura com o objetivo de estabelecer a função transcendente:

---

<sup>42[5]</sup> Jung (s. d.) define a característica ao mesmo tempo consciente e inconsciente do símbolo: *“Assim, uma palavra ou imagem é simbólica quando implica alguma coisa além de seu significado manifesto e imediato. Esta palavra ou esta imagem têm um aspecto ‘inconsciente’ mais amplo, que nunca é precisamente definido ou de todo explicado. E nem podemos ter esperança de defini-la ou explicá-la. Quando a mente explora um símbolo, é conduzida a idéias que estão fora do alcance de nossa razão.”* (Jung, s. d., págs. 20 e 21)

<sup>43[6]</sup> Digo que a função transcendente é mediadora da expressão do self já que o self, ou si-mesmo, na definição junguiana, abarca tanto consciente (inclusive o ego, que é o centro da consciência) como o inconsciente, ou seja, a totalidade da personalidade. Por outro lado, o self também é o núcleo, o ponto central da totalidade:

*“O Si-mesmo não é apenas o ponto central, mas também a circunferência que engloba tanto a consciência como o inconsciente. Ele é o centro dessa totalidade, do mesmo modo que o eu é o centro da consciência.”* (Jung, 1991, parágrafo 44)

<sup>44[7]</sup> A palavra self tem, na obra de Winnicott, vários significados, mas acredito que um é análogo à definição junguiana de self que é a definição de self como totalidade da personalidade que, inclusive, abarca o ego:

*“(…)Ao longo de toda sua obra, embora haja uma distinção entre o ego e o self, é de extrema utilidade ter em mente que, apesar disso nunca ter sido suficientemente esclarecido pelo próprio Winnicott, o ego constitui-se em um aspecto do self que possui uma função bastante particular: organizar e integrar a experiência.*

*Deste modo, o self é composto por todos os diferentes aspectos da personalidade que, na terminologia de Winnicott, constituem o eu, uma forma distinta do não-eu, de cada pessoa. A palavra self, por conseguinte, representa um sentimento de ser subjetivo.”* (Abram, 2000, pág. 220)

<sup>45[8]</sup> Nesse trecho, Winnicott (1989) coloca o inconsciente como parte do self:

*“(…)Refiro-me aos dois significados da palavra, ou seja, ‘inconsciente’ significando algo profundo e não facilmente disponível, e também significando algo reprimido, ou mantido não disponível, pela dor referente à aceitação de que ele faz parte do self.”* (Winnicott, 1989, pág. 133 – o grifo é do autor).

*“Nos pacientes esquizofrênicos em que o tratamento é realizado com certo êxito podem ocorrer complicações emocionais que levam a uma recaída psicótica ou a uma psicose aguda, caso os sintomas indicadores de perigos, sobretudo os sonhos destrutivos, não forem reconhecidos a tempo. O tratamento ou a interrupção desses processos nem sempre requerem medidas drásticas. Pode-se levar a mente do paciente, através de medidas terapêuticas comuns, a uma distância, segura do seu inconsciente, por exemplo, induzindo-o a representar sua situação psíquica num desenho ou num quadro (a pintura é ainda mais eficaz na medida em que o sentimento se expressa através das cores). Com isso, o caos que nos parecia impossível compreender e formular é visualizado e objetivado, podendo então ser observado à distância, analisado e interpretado pela consciência. O resultado desse método parece residir no fato de a impressão originariamente caótica e amedrontadora ser substituída pela imagem que dela se faz. O ‘tremendum’ é ‘desencantado’ pela imagem, tornando-se banal e familiar. Quando o paciente se vê ameaçado pelos afetos da experiência originária, as imagens por ele projetadas servirão para aplacar o terror. Um bom exemplo desse procedimento é a visão aterradora de Deus do irmão Klaus. Por meio de uma longa meditação, auxiliada por alguns diagramas feitos por um místico do sul da Alemanha, ele conseguiu mudar esta visão num quadro da Santíssima Trindade que hoje se encontra na igreja paroquial de Sachseln.” (Jung, 1986, parágrafo 562)*

De novo encontramos ressaltada a importância do reconhecimento do ambiente em relação às produções do self. No caso da psicoterapia de psicóticos, esse reconhecimento se dá através da atenção do psicoterapeuta. No caso do eremita suíço irmão Klaus <sup>46[9]</sup>, houve o apoio do místico do sul da Alemanha e da Igreja Católica da época. Acredito que, através do estabelecimento prévio de um ambiente suficientemente bom, o espaço potencial pode se efetivar. Silveira (1992) descreve o episódio:

*“São Nicolau de Flue descrevia a amigos suas visões. Diante, porém, da mais impressionante de todas, a visão da face irada de Deus, o eremita recorreu à pintura. Durante anos elaborou a visão terrificante. O processo de elaboração consciente teve de atravessar várias fases, chegando por fim à pintura da Trindade.*

*Mas como essa imagem ainda o fazia estremecer, a ela superpôs seis círculos divididos por seis raios, tendo no centro uma face humana com longa barba. Esta mandala ainda hoje pode ser vista na matriz de Sachseln. Nem sua vida de eremita, nem suas visões, impediram Nicolau de Flue de desempenhar papel importante na política suíça. Sua contribuição para a unificação daquele país fez dele um herói nacional.” (Silveira, 1982, pág. 312).*

---

<sup>46[9]</sup> Irmão Klaus, ou São Nicolau de Flue, ou ainda Nikolaus von der Flüe eremita suíço (1417-1487). *“Vivendo isolado na garganta de Ranft desde 1467, deixou seu retiro para reestabelecer a paz entre os cantões suíços (1481). Canonizado em 1947, é o patrono da Suíça.”* (Grande enciclopédia Larrousse Cultural, 1998, pág.4206)

A importância terapêutica da elaboração consciente das imagens advindas do inconsciente, ou seja, a função transcendente, é ressaltada. Essa elaboração se dá de forma criativa e compreensiva por parte da consciência, do material inconsciente objetivado (Migliorini, 1995). O material objetivado é obtido desta forma:

*“(...)eu aproveitava uma imagem onírica ou uma associação do paciente para lhe dar como tarefa elaborar ou desenvolver estas imagens, deixando a fantasia trabalhar livremente. De conformidade com o gosto ou os dotes pessoais, cada um poderia fazê-lo de forma dramática, dialética, visual, acústica, ou em forma de dança, pintura, de desenho ou modelagem. O resultado desta técnica era toda uma série de produções artísticas cuja multiplicidade me deixou confuso durante anos, até que eu estivesse em condição de reconhecer que esse método era a manifestação espontânea de um processo em si desconhecido, sustentado unicamente pela habilidade técnica do paciente, e ao qual, mais tarde, dei o nome de ‘processo de individuação’. (...) Em muitos casos, isto produzia um efeito terapêutico notável, encorajava tanto a mim como o paciente a prosseguir no tratamento, malgrado a natureza incompreensível dos conteúdos trazidos à luz do dia. (...) Eu me preocupava sempre em fazer com que a interpretação desembocasse em uma questão cuja resposta fosse deixada à livre atividade da fantasia do paciente(...)” (Jung, 1984, parágrafo 400)*

Segundo Jung (1984), esse trabalho de elaboração consciente das imagens do inconsciente teria como resultados “a ampliação da consciência”, “diminuição gradual da influência dominante do inconsciente” e “transformação da personalidade”, (Jung, 1984, parágrafo 358).

Silveira (1982) menciona vários casos desse tipo de processo em seus pacientes. Sob o meu ponto de vista, o principal exemplo é o relato sobre o caso de Adelina, paciente esquizofrênica, em mutismo há muitos anos, que vai melhorando à medida que consegue expressar os conteúdos do inconsciente em pinturas e modelagens.

Silveira (1986), explicando a possibilidade de expressão nas diversas atividades da Casa das Palmeiras, escreve:

*“Certamente todas as atividades são expressivas desde que se saiba observar como são executadas (seja a maneira de empunhar um serrote ou até o bater de um martelo). Mas se denominam especialmente atividades expressivas àquelas que melhor permitem a espontânea expressão das emoções, que dão mais larga oportunidade para os afetos tomarem forma e se manifestarem, seja na linguagem dos movimentos, dos sons, das formas e cores, etc.*

*É através dessas atividades que se pode conseguir maior penetração no mundo íntimo do psíquico. Assim, atribuímos especial importância às atividades expressivas individuais – pintura, xilogravura, modelagem, arranjo floral. Essas atividades permitem a expressão de vivências muitas vezes não verbalizáveis, fora do alcance das elaborações da razão e do pensamento.” (Silveira, 1986, págs. 13 e 14).*

Ela indica, ainda, a vantagem de se utilizar símbolos plásticos com pacientes mais regredidos, devido a facilidade de eles expressarem os conteúdos emocionais. Safra (1996), comentando Langer (1942), enfoca o símbolo apresentativo:

*“Os símbolos apresentativos são articulações simbólicas por meios plásticos que apresentam uma concepção. Trata-se de uma organização simbólica que pela relação entre os diversos elementos que a compõem, apresenta o seu importe de maneira sintética, diferente do modo simbólico discursivo, que é essencialmente analítico. Os símbolos apresentativos se formam, segundo esta autora, por relações analógicas entre os sentimentos, a experiência de vida e o objeto criado ou encontrado para apresentar as concepções de vida do seu criador.”* (Safra, 1996, pág. 144).

Os símbolos apresentativos são sintéticos e podem com mais facilidade presentificar aspectos emocionais do paciente. O símbolo discursivo mostra mais dificuldades para fazê-lo devido à sua característica lógico-analítica.

Silveira e sua equipe da Casa das Palmeiras (1986) utilizavam o arranjo floral com flores vivas, como atividade expressiva para seus clientes:

*“Em agosto de 1972, a professora Talita ofereceu sua colaboração à Casa das Palmeiras propondo dar aos clientes aulas de Ikebana. Essa nova atividade despertou muito interesse, mas logo as regras da ikebana foram abandonadas. E o arranjo floral tornou-se completamente livre.”* (Maria Abdo e Luciana, 1986, pág. 45).

As monitoras acabaram seguindo uma orientação comum às atividades feitas na Casa das Palmeiras, isto é, atividades livres, não aderidas a nenhum cânone estético. A equipe logo percebeu que, no arranjo floral, refletiam-se *“situações afetivas do indivíduo e suas dificuldades nos relacionamentos interpessoais”* (Maria Abdo e Luciana, idem). Além disso, verificou-se que os *“arranjos de flores e de arbustos carregavam-se de emoções”* (Maria Abdo e Luciana, idem). Por fim, a equipe técnica chegou, em relação ao arranjo floral livre, à uma conclusão análoga à de Silveira quanto ao ateliê de pintura: a de que a primeira atividade favorecia a expressão livre dos sintomas e a despotencialização e a ordenação do conflito emocional.

O uso não-convencional do arranjo floral pela equipe técnica da Casa das Palmeiras encontra paralelo em Mokiti Okada, filósofo e esteta japonês (Japão 1882-1955), que desenvolveu, a partir da década de 30, toda uma concepção de Ikebana em estilo livre.

Retomando, de forma resumida, o desenvolvimento histórico da Ikebana, veremos que seu início formal, segundo Sparnon (1983), data do final do séc. XV, quando surge a primeira escola de ikebana, o estilo Ikenobô. Ela estabeleceu o primeiro tipo de arranjo floral, o *“Rikka”*, que é composto de nove galhos que seguem uma disposição já previamente estabelecida.

Com o decorrer dos séculos, de acordo com o autor, foram surgindo novas escolas de Ikebana, que tenderam, de maneira geral, para uma simplificação do arranjo. Essas escolas, porém, mantiveram certas regras na composição do arranjo. Representantes desse tipo de arranjo são o “*Shooka*” e o “*Moribana*”, ambos com três linhas principais.

De acordo com Masanobu (1983), na década de 20, no Japão, aparece movimento de Ikebana em estilo livre, que se insurge contra o formalismo das tendências “*Rikka*”, “*Shooka*” e “*Moribana*”. A tendência livre sofre, entretanto, a repressão decorrente da ascensão do regime de direita no Japão, na década seguinte.

Mokiti Okada começou a desenvolver seu estilo (ver figura 4) nessa época, de forma discreta, chegando ao auge de sua produção nos anos 50. Ele, na verdade, é um expoente dessa tendência, possuindo o mérito de ter estabelecido uma filosofia estética em torno dela, além de desenvolver um método de criação livre. A essência de sua criação no campo da Ikebana está retratada numa frase:

*“Mazu nerai o tsukete oite, sutto kitte, sutto sassu, to ditsuni ii.”* (Okada, M., s/d).

Em tradução livre do japonês para o português teríamos:

*“Em primeiro lugar, mire o aspecto que você achou mais belo no galho escolhido. Num movimento rápido e leve, corte-o e fixe-o no substrato; assim realmente fica muito bom.”*

Em termos práticos, a criação do arranjo floral, no estilo de Okada, faz com que o praticante possa escolher, entre as flores e folhagens que tem à sua disposição, a que achar mais bonita. Posteriormente, o praticante olha o galho que escolheu atentamente, procurando perceber todos os seus detalhes, principalmente aqueles que mais lhe aprouverem. Após observar o galho, corta-o e fixa-o no ângulo desejado. Depois de ter colocado o galho, olha o conjunto formado pelo vaso e galho. Se ele estiver satisfeito apenas com um galho, pára. Caso contrário, procura-se um segundo galho entre as folhas e flores à sua disposição, recomeçando o processo. O arranjo termina quando o praticante estiver satisfeito visualmente com o conjunto vaso e arranjo.

Ressalto aqui a liberdade de criação do arranjo floral de Okada frente aos estilos que o precederam, pois, ao invés de uma criação com um número pré-determinado de galhos, há liberdade de o praticante fazer o arranjo com quantos galhos quiser. Em lugar de ter o tamanho e o ângulo já determinados, que é a norma nos estilos tradicionais de Ikebana, no estilo de Okada o praticante é livre para determiná-los. A importância maior é colocada sobre a percepção criativa do praticante, que escolherá aquela flor que lhe pareceu mais bela para começar o arranjo, ao invés de uma definida a priori, como é o caso da Ikebana tradicional. Nas palavras de Okada (s. d.):

*“Na atualidade, não existe tal modo de se vivificar uma planta. Em princípio, o professor de ikebana acaba invariavelmente, definindo uma forma – embora recentemente isso esteja desaparecendo - em função de um estilo, ou da forma do mestre, acabam de certa maneira, inutilizando os aspectos naturais. Isso não corresponde à forma verdadeira.” (Okada, s. d.).*

A forma verdadeira em arte estaria ligada ao modo autêntico de expressão. Observe-se a menção à arte da caligrafia<sup>47[10]</sup>:



Fig. 04– Ikebana criada por Mokiti Okada

Foto colorida, tirada no

*“The Bamboo Room at Kanzan-Tei, Hakone*

*Materials: chrysanthemums, maple branch*

*Container: two-tiered bamboo vase”*

(Extraído do livro *“Daikorin – the flower arrangements of Mokiti Okada”*)

---

<sup>47[10]</sup> Segundo Shimizu (1983), no Japão e nos países asiáticos, que estão sobre a influência cultural chinesa, a caligrafia (também conhecida como shodoo, caminho da escrita) é considerada uma das artes mais refinadas. A caligrafia é realizada com pincel e tinta chinesa, tendo como artes irmãs a poesia e a pintura.

*“Las cosas mueren cuando están atadas a patrones convencionales. Yo hago caligrafía. En un momento determinado decidí estudiarla formalmente; sin embargo, el maestro me aconsejó no hacerlo. Dijo que los calígrafos profesionales están atados a los convencionalismos, a pesar de que buscan intensamente la forma de liberarse de ellos. Me dijo que aun cuando mis caracteres fueran un poco diferentes y tuvieran un trazo de más o de menos, lo importante era que expresaran con vigor mi personalidad. Supongo que es verdad que la lógica no puede explicarlo todo.”* (Okada, s. d., pág. 126)

O filósofo mostra sua concepção de que a pintura e a caligrafia podem expressar a personalidade do autor:

*“Como es de esperarse, la forma de los caracteres depende de la persona que los traza. En otras palabras, expresan la personalidad del autor. En caligrafía y en pintura, la gente usa los pinceles y la tinta para expresar su personalidad. Es por eso que los caracteres de los calígrafos profesionales no son interesantes. Simplemente están bien ejecutados. Para decirlo en pocas palabras, son mecánicos y no expresan personalidad alguna.”* (Okada, s. d., pág. 137).

Privilegiava, pois, a livre expressão do indivíduo, considerando essa a essência da caligrafia e não a técnica. Acredito que essa concepção é próxima ao que Winnicott (1982) chamou de gesto espontâneo:

*“(…) No estágio inicial o self verdadeiro é a posição teórica de onde vem o gesto espontâneo e a idéia pessoal. O gesto espontâneo é o self verdadeiro em ação. Somente o self verdadeiro pode ser criativo e se sentir real. Enquanto o self verdadeiro é sentido como real, a existência do falso self resulta em uma sensação de irrealidade e em um sentimento de futilidade.”* (Winnicott, 1982, pág. 135).

Winnicott valorizava a expressão que partisse de um senso autêntico do self. Okada (s. d.) também apreciava os artistas que se exprimiam espontaneamente. Eis a referência a dois famosos monges zen-budistas, Ikkyu<sup>48[11]</sup> e Takuan<sup>49[12]</sup> que eram renomados calígrafos:

*“La caligrafía de Ikkyu me gusta mucho, precisamente porque no es muy hábil. Sobre todo, sus caracteres no se muestran pretenciosos. Su intención era escribir en forma natural, y eso es bueno. Por lo general, uno puede decir cuándo una persona está tratando*

---

<sup>48[11]</sup> Ikkyu Sojun (1394-1481). Segundo La Fleur (1988), Ikkyu, monge zen-budista, poeta e calígrafo notável, chamava-se a si próprio de “Kyouin”, ou “Nuvem Louca”. Seu comportamento era irreverente e sua poesia e caligrafia espontâneas.

<sup>49[12]</sup> Takuan Sohô (1573-1645): Segundo Pilgrim (1988) e Hammitzch (s. d.), Takuan era monge zen-budista e exímio esgrimista, além de ser mestre na cerimônia do chá e notável calígrafo.

*de escribir habilidosamente. Los caracteres de Takuan revelan esa intención. El aspiraba a escribir ‘bellamente’, o escribir de una manera poco común. Es una de sus afectaciones. Ikkyu es el más puro de corazón.”* (Okada, s. d., pág. 136 e 137).

Okada preferia a expressão mais autêntica, próxima ao que Winnicott chamaria de gesto espontâneo. Ao mesmo tempo, Okada não levava tão em conta um tipo de expressão que viesse de uma tendência falso self. Não só na caligrafia ou na ikebana, mas em todas as artes ele pretendia uma educação que levasse em conta a espontaneidade:

*“Pretendo ter como norma, elevar a alma com o regozijo através dos olhos - acima de qualquer lógica, sem que se perceba, de uma forma natural, entretendo-se. Em suma, esse tipo de educação é a verdadeira, seja ela artística ou quaisquer outra. O método de educação adotado até hoje está errado. Ou seja, aquilo que mesmo as crianças, possam ter uma boa formação de caráter, aprendendo com prazer, divertindo-se.”* (Okada, s. d., pág. 47).

Essa espontaneidade não se limitava à arte ou à educação. Okada também valorizava o brincar no cotidiano das pessoas, considerando-o produtivo:

*“Como foi lido agora, de certa forma, eu desenvolvo meu trabalho, como se estivesse brincando. Não sinto que o faço sofrendo: é como uma diversão. Entre os muitos Kannons<sup>50[13]</sup>, existe o ‘Kannon das Ações Divertidas’; eu trabalho como ele. E, fazendo desse jeito, tudo corre bem.*

*Quando trabalhamos sofrendo por isso ou por aquilo, ou sem vontade, não dá certo. Neste ponto sou diferente das pessoas da sociedade.”*

Portanto, Okada tinha uma concepção que valorizava a criatividade no dia-a-dia, dando prioridade às atividades que fossem feitas a partir de um ponto de vista pessoal. Ele se aproxima de Winnicott na questão da apresentação do objeto. As flores que estão no balde são objetos que podem ser encontrados e, ao mesmo tempo, criados pelos praticantes. Winnicott (1994) estabelece:

*“Com frequência o resultado de um rabisco é satisfatório em si mesmo. Assemelha-se então a um ‘objeto encontrado’, por exemplo, uma pedra ou pedaço de madeira velha que um escultor poderia achar e estabelecer com uma espécie de expressão, sem precisar ser trabalhado. Isto tem atração para meninos e meninas preguiçosos e arroja luz sobre o significado da preguiça. Qualquer trabalho que seja feito estraga o que já inicia como um*

---

<sup>50[13]</sup> Kannon ou Kanzeon Bossatsu: nome japonês do Bodhisatva Avalokitesvara, um dos discípulos mais próximos de Buda, considerado a encarnação da misericórdia. Segundo a tradição popular do oriente, o mesmo tinha várias emanções, que lhe davam características diferenciadas.

*objeto idealizado. Um artista pode sentir que o papel ou a tela são belos demais, que não devem ser estragados. Potencialmente, eles são obras-primas. Na teoria psicanalítica, temos o conceito de tela onírica (Lewin), o lugar no qual ou sobre o qual um sonho poderia ser sonhado.*

*Tudo isto se acha vinculado ao estágio muito inicial de dependência máxima, quando o self do bebê não está formado. O ego é muito fraco, a menos que (como geralmente acontece) o ego da mãe lhe forneça apoio de ego. O bebê começa a viver com o ego da mãe, que ela lhe empresta por sua adaptação sensível às necessidades de seu bebê.” (Winnicott, 1994, págs. 232 e 233).*

Apesar de, na maioria das vezes, precisar de certa elaboração, a flor é um material que vem para o praticante quase pronto, tendo a dimensão de um objeto encontrado. No caso de pacientes regredidos, que necessitam de apoio egóico, a flor, na maioria das vezes, possibilita-lhes a expressão devido à facilidade de uso. O terapeuta fornece esse auxílio egóico através da flor, que pode ser encontrada pronta e com pouca necessidade de transformação, facilitando o fenômeno da ilusão. Milner (1991), em De Mazzieri (1999), aponta a importância da ilusão no fenômeno estético:

*“Milner aborda que o homem cria um mundo de significados pela presença da **ilusão**, ao mesmo tempo que cria uma realidade simbólica e uma subjetividade. Trata-se da possibilidade de dotar o externo com algo de si e assim tornar familiar o não familiar. Destaca ainda a importância de considerarmos o papel da **ilusão** em um trabalho artístico. Se é através da desilusão que podemos fazer distinções entre sujeito e objeto para alcançarmos uma maturidade emocional, será através das artes que poderemos reintegrar o **split** e trazermos sujeito e objeto para uma nova unidade. Esta experiência vivida através da arte foi chamada pela autora de **experiência estética**, uma vez que nela o sujeito se sente participante das características do objeto. Fica claro também, no pensamento de Milner, que somente através destas experiências estéticas a subjetividade pode ir ganhando contornos na realidade. Desta forma, o meio ambiente deve ser capaz de propiciar este retorno recorrente ao sentimento de ser novamente ‘um’, e isto só é possível através de certa plasticidade e maleabilidade do meio; do contrário, a criatividade jamais poderá ser vivida em toda sua amplitude”.* (De Mazzieri, 1999, pág. 63 – o grifo é do autor).

No uso psicoterapêutico do arranjo floral, procuramos oferecer esse meio ambiente maleável através da flor e da atitude do terapeuta. Espero ter conseguido demonstrar a importância do ambiente cordial e da livre expressão. Tais noções podem ficar mais vívidas à luz da história de Deolinda.

## 6.1 Djanira e seus óculos escuros

Eu havia sido convidado pela equipe de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para implantar uma oficina de arranjos florais. Com esse intuito, dirigi-me ao equipamento, onde me encontrei com a direção do mesmo e nos reunimos. Acertamos realizar quatro sessões grupais com minha coordenação e co-coordenação dos técnicos da unidade. Posteriormente, a própria equipe daria prosseguimento ao processo.

Após a reunião, a diretora do CAPS me convidou para conhecer as dependências da unidade. Ao chegar à sala de refeições, presenciei um técnico e uma paciente discutindo. Quando viu minha presença, a paciente saiu da sala. O técnico então desabafou com a diretora, dizendo que estava cansado, que todo dia era assim com aquela paciente.

Na semana seguinte, ao chegar à unidade para realizar a oficina, notei que aquela paciente que discutira com o técnico estava me observando. Djanira olhava-me atentamente por detrás de seus óculos escuros esportivos e masculinos. Percebi isso, pois apesar de não conseguir ver seus olhos, dei-me conta que o movimento de seu rosto me seguia de forma precisa. Sentia que ela me media por trás de seus óculos escuros. Djanira usava um cabelo bem curto, calça jeans e camiseta, o que lhe reforçava a imagem masculina. Convidei-a para me ajudar a descarregar o carro e a levar o material da oficina até a sala onde esta seria realizada, ao que ela prontamente aceitou. Djanira carregou os apetrechos com rapidez e presteza, o que mostrava a sua boa vontade em me ajudar.

Após termos terminado o transporte de materiais, convidei-a para participar da oficina. Ela me respondeu que participaria e saiu um pouco da sala. Algum tempo depois os técnicos e os outros pacientes que iriam participar da oficina chegaram e, junto com Djanira realizamos a oficina num clima animado e descontraído. Djanira participava, concentrada na feitura de seu vaso e de seu arranjo. Interagia verbalmente com o grupo, quando lhe perguntavam algo. Ao final da oficina, depois de duas horas de trabalho, tinha produzido um vaso muito interessante.

Após termos dispensado os pacientes fizemos uma reunião de avaliação da oficina com a equipe técnica que dela havia participado. A mesma estava surpresa pelo fato de a paciente ter participado de uma oficina terapêutica de tão longa duração, de forma tão integrada. Os técnicos da equipe relataram-me que, geralmente, Djanira recusava a participação nos grupos ou oficinas, ou começava a frequentar e deixava o grupo antes do término do mesmo. Pediram-me que eu olhasse para o arranjo floral dela e fizesse uma interpretação do mesmo. (ver fig. 2).



Fig. 2

Ao olhar o arranjo, disse-lhes que me chamava a atenção a disparidade de tamanhos entre a folhagem e a flor. Intuitivamente, acreditava que a folhagem representava uma proteção a um núcleo sensível representado pelas flores rosa em tamanho menor. Comuniquei esta intuição à equipe e sugeri-lhes que procurassem tratar mais afavelmente a paciente, pois ela parecia ter uma sensibilidade que estava oculta por um mecanismo de defesa do ego.

A equipe procurou mudar sua interação com a paciente e, na semana seguinte, Djanira novamente participou da oficina. A equipe, ao final da sessão, relatou que havia passado a tratar a paciente de forma diferente, dando ênfase a uma comunicação mais polida e acolhedora. A equipe narrou que houve mudança em Djanira, que interagiu de forma mais tranqüila a ela. A equipe também me pediu para que interpretasse o segundo arranjo de flores (ver fig. 3).



Fig. 3

Pelo formato do arranjo, tive a intuição de que o arranjo apresentava uma melhor relação entre suas defesas e seu núcleo sensível. Ou seja, havia, a meu ver, um melhor equilíbrio entre os dois. É como se o núcleo sensível tivesse saído de sua posição defensiva e estivesse atuando junto com os aspectos protetores de si mesmo. Por outro lado, o formato do arranjo lembrava uma pessoa de braços abertos, o que me trazia uma sensação de acolhimento, conforto.

A paciente participou de duas outras oficinas que coordenei, sempre de forma bastante interessada. A equipe relatou que o relacionamento com a paciente estava satisfatório.

Essa vinheta mostra a necessidade de o terapeuta estar atento ao paciente. Felizmente, como o monitor de Silveira (1982), percebi que os olhos de Djanira fitavam-me, como que dizendo que queriam participar do que estava acontecendo, que queriam me

conhecer. Intuitivamente, entendi essa comunicação e procurei seguir o desejo de Djanira, abrindo o espaço para que ela pudesse participar da oficina e me conhecer. Ela acabou por apresentar, no seu primeiro arranjo, talvez um falso self<sup>51</sup> que protegia seu verdadeiro self<sup>52</sup>. Esse falso self se manifestava de forma defensiva, através da insistência, da contestação. Isso gerava uma reação contratransferencial negativa na equipe, que tendia a segregá-la, a estigmatizá-la. Ela era a “chata” da instituição e, por outro lado, era aceita pelo fato de possuir um diagnóstico de psicose maníaco-depressiva, que a enquadrava dentro do perfil dos pacientes atendidos pela instituição.

Felizmente, por eu não estar contaminado pelo clima emocional desagradável que havia se criado ao redor da paciente, pude perceber um lado sadio, talvez o verdadeiro self da paciente querendo ser descoberto. Essa intuição e a sua posterior comunicação a uma equipe que era bastante sensível no trato com os pacientes fizeram com que os técnicos comesçassem a tratar melhor a paciente. Djanira, sentindo-se acolhida, passou a corresponder melhor a eles. Esse fato trouxe para ela um incremento do sentimento de estar sendo sustentada, cuidada pela equipe. Isso provavelmente fez com que ela sentisse que não precisaria mais se defender atacando os outros. A partir daí, Djanira pode ser mais espontânea e vivenciar de forma mais natural seu verdadeiro self.

---

<sup>51</sup> Dentro da teoria de Winnicott (1960), aspecto protetor e defensivo do self

<sup>52</sup> Segundo Winnicott (1960), aspecto espontâneo e criativo do self

## 7.1 Deolinda e os exercícios de fonoaudiologia

O Centro de Reabilitação e Inclusão Social, CRIS, é um serviço da Prefeitura Municipal de São Vicente que se destina ao tratamento e reabilitação de pessoas portadoras de deficiências físicas ou intelectuais, além de pacientes com distúrbios neurológicos. O objetivo da instituição, como diz o seu nome, é o de reabilitar e de incluir na sociedade essas pessoas. Eu havia sido convidado pela direção da instituição para lá desenvolver uma série de oficinas visando à implantação desse trabalho. Eu faria algumas oficinas-piloto, e após essas oficinas, profissionais da instituição dariam continuidade ao trabalho. Combinamos uma série de 4 oficinas. A primeira seria uma vivência com a equipe; e as outras 3 para os pacientes da instituição com a co-coordenação de alguns membros da equipe técnica.

Relatarei uma vinheta clínica ocorrida durante a realização das três oficinas para pacientes do CRIS. Tínhamos optado, juntamente com a equipe do CRIS, por fazer as oficinas numa varanda que dava para um amplo jardim da casa que o abrigava. Nesse aprazível local, com vistas para um bonito jardim gramado, utilizamos uma ampla mesa retangular para realização das oficinas. Estas contaram com um grupo de 6 pacientes, em média. Os pacientes tinham diferentes diagnósticos: havia portadores de lesão na coluna, pacientes com deficiências físicas, portadores de seqüelas de acidentes vascular cerebral e outros. Focalizarei o caso de uma mulher, de aproximadamente 50 anos. Ela havia tido um acidente vascular cerebral e recuperava-se naquele momento, fazendo tratamento no CRIS. Darei o nome fictício de Deolinda à paciente. Deolinda sempre vinha acompanhada de sua filha ao CRIS. A filha estava preocupada com o estado introvertido e depressivo no qual sua mãe entrara após a ocorrência do AVC, que lhe deixara seqüelas na linguagem verbal. Por esse motivo, a paciente vinha regularmente ao CRIS para fazer exercícios de fonoaudiologia, visando à recuperação de sua expressão verbal. A melhora, porém, estava sendo lenta e o prognóstico era incerto. A filha relatara que a mãe tinha sido sempre uma pessoa ativa, independente e vaidosa, com uma vida social intensa. Ela vinha notando que após o AVC, Deolinda tinha se tornado uma pessoa fechada e triste, dependente dela, além de ter-se afastado dos amigos e atividades sociais. Tudo isso fez com que Deolinda se tornasse uma pessoa amargurada. Sua filha temia por sua recuperação. Ela referia ter tido que insistir bastante para que a mãe viesse participar da oficina.

Ao conhecer Deolinda, vi uma senhora de meia idade, bem trajada, porém com a postura arqueada. Parecia que carregava um peso. Sua própria postura corporal, mostrava que estava na defensiva. Seu rosto estava sério e ela não levantava os olhos para olhar para as pessoas diretamente. Pouco falou durante a oficina e realizou um arranjo pequeno, de característica circular; com muitas flores pequenas quase amontoadas. O próprio arranjo dava uma sensação de sufocamento, de sentimentos que não puderam se revelar. Pessoalmente já havia arranjos semelhantes, feitas por pacientes que geralmente eram considerados como embotados afetivamente, mas que do meu ponto de vista eram pacientes que não puderam expressar seus sentimentos e angústias.

Na segunda oficina, Deolinda também não falou muito; contudo, sua postura corporal se modificara, estava menos arqueada. Sua expressão facial tornara-se menos séria, menos tensa. O seu arranjo também mudou. Apesar de continuar circular, tornou-se

maior, alternando galhos curtos e médios. Fez-se também menos aglomerado. Algo parecia estar mudando dentro de Deolinda, mas eu não sabia no momento precisamente o que era. Só poderia dizer, com base na experiência anterior, que, de alguma forma, ela estava conseguindo expressar seus sentimentos, o que fez diminuir seu conflito interior.

Na terceira e última oficina, Deolinda pareceu-me mais solta, mais ágil. O arqueamento que eu vira anteriormente voltara a diminuir. Deolinda fez um arranjo interessante, novamente circular, mas maior que os dois anteriores. O arranjo alternava galhos curtos, médios e compridos, que davam uma sensação de expansão. A sensação de sufocamento, com as flores aglomeradas, dera lugar a uma sensação de arejamento, de certa liberdade.

O mais interessante foi o relato de Deolinda, após o término do arranjo. Eu havia pedido para cada participante falar sobre como havia sido sua experiência durante o processo da oficina. Deolinda me relatara, de própria voz, e aparentemente sem dificuldades de linguagem, que o processo havia sido benéfico para ela. Contou que pelo fato de eu haver dito que ao fazer o arranjo não importava o resultado, já que o importante era fazer o arranjo como lhe aprouvesse, havia perdido o medo de errar quando praticava os exercícios de fonoaudiologia.

Deolinda nos fala que a perda do medo de errar ao fazer o arranjo lhe permitiu dedicar-se aos exercícios de fonoaudiologia, e isso fez melhorar sua fala. Deolinda relata que, a partir da melhora da fala, sentia-se melhor, mais disposta a sair, a voltar a reencontrar os amigos e retornar às suas atividades.

Notamos nesta vinheta a importância do estabelecimento de um espaço terapêutico onde a paciente pôde se expressar livremente. Através dessa possibilidade, ocorrida num ambiente onde o próprio terapeuta abriu a possibilidade de se fazer um arranjo espontâneo, sem visar resultados, Deolinda também perdeu o medo de fazer seus exercícios de fonoaudiologia.

## 8. Basaglia, NAPS e oficinas de arranjos florais

Eu chegara ao Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) Mater de São Vicente com as idéias de Laing, Jung e Silveira<sup>53</sup> e acabei me confrontando com uma instituição que tinha um ideário em alguns pontos convergentes e outros inovadores em relação a esses autores.

Franco Basaglia, inspirador dos Centros de Saúde Mental (CSM) e dos Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS) brasileiros, foi um psiquiatra que iniciou sua carreira influenciado filosoficamente pela fenomenologia de Husserl e pelo existencialismo de Heidegger, Merleau-Ponty e Sartre. A partir de Husserl, Basaglia considerava “*a necessidade de aproximação da pessoa a partir da compreensão da diversidade, ou seja, das possibilidades da existência como questão central*” (Barros<sup>54</sup>, 1997, p.58). Outra referência importante de Basaglia foi a psiquiatria de orientação existencial-fenomenológica, nas figuras de Minkowski, Binswanger, Strauss, que colocava o homem como “*sujeito-objeto de um sofrimento social*”, não mais como uma “*entidade abstrata definível segundo um sistema de categorias fechadas*”<sup>55</sup> (Amarante, 1994, p.64).

Outro ponto que inquietou Basaglia foi a relação do indivíduo com seu corpo<sup>56</sup>, a possibilidade de ele ser sujeito de sua experiência corporal. Nesse item, Basaglia opõe-se à ótica positivista da dicotomia corpo-alma. Considera que essa dicotomia leva à objetivação e à transformação do corpo em objeto inerte e passivo (Ongaro-Basaglia, 1982). Sustenta que a psiquiatria de inspiração positivista tende a objetivar o corpo do doente mental como corpo enfermo, que necessitará da tutela manicomial (Basaglia, 1991). Basaglia manifesta-se de forma contrária a essa tendência, almejando fazer surgir do corpo torturado do doente mental sua subjetividade.

Basaglia, como os outros autores já estudados no âmbito dessa dissertação, não aceita a hipótese de a pessoa considerada doente mental ser incompreensível. Ele aponta a necessidade de acolhimento e compreensão do sofrimento e subjetividade desse tipo de paciente. Coloca-se frontalmente “*contra o etiquetamento nosográfico da pessoa, o qual se constrói por categorias fechadas, fundadas numa entidade abstrata, a doença mental*” (Barros, 1997, p.59). O próprio Basaglia (1985) se posiciona diante dessa questão ao comentar a comunidade terapêutica de Maxwell Jones e a psiquiatria de setor de Tosquelles, mostrando que essas duas tendências, devido à dinâmica de sua práxis, tendem a quebrar a doença mental como entidade nosográfica:

---

<sup>53</sup> Silveira reconhece na obra basagliana “*o mais forte empreendimento de mutação*” de uma psiquiatria baseada no hospital psiquiátrico, a qual ela criticava fortemente e um pólo de atração da “*maioria dos espíritos renovadores da área da psiquiatria*” (Silveira, 1992, p. 15).

<sup>54</sup> Barros, Denise Dias. A autora escreveu uma tese de mestrado, depois transformada em livro, que é uma ótima introdução ao pensamento e práxis de Basaglia.

<sup>55</sup> Essa noção, transposta para o domínio do sofrimento psíquico, fez Basaglia substituir o conceito de enfermidade mental pelo de “*sofrimento –existência dos sujeitos em relação com o corpo social*” (Rotelli, 1990)

<sup>56</sup> Neste ponto, Basaglia se aproxima das reflexões de Merleau-Ponty

*“As duas tendências, que no plano teórico partem de pontos distintos, revelam no plano prático a validade de suas colocações, agindo conjuntamente no sentido de revolucionar uma ideologia que se cristalizara na contemplação e na teorização sobre a doença vista como entidade abstrata, nitidamente separada do doente no instituto psiquiátrico”.* (Basaglia, 1991, p.111)

Basaglia nos chama a atenção dizendo que a psiquiatria tradicional sempre pôs o doente entre parênteses para se preocupar com a doença. Tentou fazer o contrário, colocando a doença entre parênteses e o doente em primeiro plano. Deixar a doença entre parênteses não significa negar o sofrimento, mas sim *“a recusa à aceitação da completa capacidade do saber psiquiátrico em explicar e compreender o fenômeno da loucura/sofrimento psíquico, assim reduzido ao conceito de doença”* (Amarante, 1994, p.65). Acima de tudo, significa a crítica e a denúncia da noção da doença mental como codificação e dos comportamentos incompreensíveis que, por esse motivo, necessitam de uma institucionalização de tipo manicomial (Ongaro-Basaglia, 1981)

Numa palestra no Brasil, em 1979, Basaglia contrapõe o conceito de crise vital<sup>57</sup> ao diagnóstico frio e distante da psiquiatria clássica:

*“Nós salientamos hoje que cada situação que nos é apresentada é uma crise vital e não uma esquizofrenia, uma situação institucionalizada, um diagnóstico. Víamos que aquela esquizofrenia era expressão de uma crise existencial, social, familiar, não importa, mas era uma crise. Uma coisa é considerar o problema uma crise ou um diagnóstico, porque o diagnóstico é uma coisa e uma crise é uma subjetividade”.* (Basaglia, 1980, p.19)

Ele percebe, contudo, que a instituição psiquiátrica, ao invés de acolher e promover a subjetividade, tende a homogeneizar, serializar e objetivar todos os que recorrem a ela em suas crises. Isso acontece porque o manicômio, sustentado pelas noções de periculosidade, irrecuperabilidade e incompreensibilidade do doente mental advindas da psiquiatria de inspiração positivista, nega a subjetividade e identidade próprias dele. Por esse motivo, Basaglia não fica apenas no estudo fenomenológico da pessoa, lança também as bases para uma mudança institucional no atendimento a saúde mental. Segundo Barros (1997):

*“O impacto de seu contato com a violência da instituição e com a realidade da internação que a universidade ignorava fez com naufragassem as ilusões de um possível ser-como método de compreensão e de superação da doença das pessoas internadas nos manicômios”* (Barros, 1997, p.58).

---

<sup>57</sup> É interessante notar que a maioria dos pacientes psicóticos que não fizeram carreira no hospital psiquiátrico tradicional, e que são atendidos por uma rede substitutiva de saúde mental, tendem a se referir a si mesmos não como doentes ou loucos, mas sim como pessoas que eventualmente têm crises.

Em 1961, Basaglia assume a direção do hospital psiquiátrico de Gorizia, renunciando à carreira universitária. No ano seguinte, abre o primeiro pavilhão do hospital, iniciando, paulatinamente, o processo de desconstrução do hospital psiquiátrico. Porém a experiência de Gorizia não chega ao fim, pois a administração local opôs-se à proposta de Basaglia de fechamento definitivo do hospital. Ele e sua equipe demitem-se em 1968. Ele retoma a experiência de desinstitucionalização<sup>58</sup> em 1971, ao assumir o hospital psiquiátrico de Trieste<sup>59</sup>. No decurso de 10 anos, Basaglia acaba por desconstruir totalmente a instituição, que acabará sendo fechada definitivamente em 1981. (Barros, 1997)

Juntamente com a desconstrução do manicômio, foi construída uma rede substitutiva de saúde mental que teve como pilares os Centros de Saúde Mental (CSM) triestinos. Estruturas complexas, *“comportam um modelo operativo de gestão flexível dos problemas ligados à saúde da população da qual é referência, sendo globalmente responsáveis pela pessoa que solicita ajuda (direta ou indireta)”*. (Barros, 1997, p. 106). Por esse motivo, divergem completamente dos serviços territoriais tradicionais, como os ambulatorios de saúde mental brasileiros. Esses têm como retaguarda o hospital psiquiátrico, dentro de uma visão de divisão e hierarquização dos serviços.

A flexibilidade dos CSMs frente às diversas situações de assistência psicossocial leva-os a serem estruturas que, de acordo com o “momento e a necessidade de cada pessoa, adquirem um caráter de serviço médico-ambulatorial, enfermagem de breve permanência, centro de permanência diurna (hospital-dia) ou noturna (hospital-noite), serviço socioassistencial (alimentação, subsídios, administração e facilitação econômica), ponto de partida para visitas ou intervenções domiciliares, reinserção no trabalho e lugar para organização de atividades sociossanitárias, culturais e esportivas do bairro. É ainda o lugar no qual se trabalha a crise e onde são geralmente realizados os tratamentos sanitários obrigatórios”. (Barros, 1997, p.106). *O objetivo dessa estrutura institucional seria a “invenção da saúde” e a “reprodução social do paciente”*. (Rottelli, 1991).

Os CSMs, que funcionam 24h ininterruptamente, foram a estrutura básica de assistência que possibilitou o fechamento do manicômio de Trieste, sem deixar a população em estado de abandono.

O mesmo processo de desconstrução dos manicômios e da criação de uma rede substitutiva de saúde mental ocorreu entre os anos de 1989-1996, no Brasil, no município de Santos, estado de São Paulo. Esta região possuía um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta de características marcadamente manicomial. Após várias denúncias de maus tratos a pacientes, ela sofreu intervenção da prefeitura de Santos. Segundo Nicácio (1994), a situação encontrada era a seguinte:

---

<sup>58</sup> É importante ressaltar que Basaglia e seus colaboradores desvinculavam a noção de desinstitucionalização da mera desospitalização ou desassistência dos doentes mentais. Ela é, antes de tudo, um processo de desconstrução teórico e prático da instituição manicomial e, concomitantemente, exige a criação ou invenção de novas instituições e uma nova forma de saber (Amarante, 1996)

<sup>59</sup> O hospital psiquiátrico de Trieste possuía 1101 pacientes internados em 1971, quando Basaglia tornou-se diretor da instituição. (Barros, 1997)

*“Com a capacidade de 280 leitos havia 540 pessoas internadas, além de falta de pessoal técnico, uso inadequado de psicofármacos, celas fortes, grades nos pátios, maus-tratos, agressão física, condições degradantes de higiene e alimentação, uso do trabalho de pacientes para manutenção do hospital em troca de privilégios que não são situações a serem elencadas quantitativamente, mas concretizam a violência como forma de relação com a loucura”.* (Nicação, 1994, p.61)

Em seis anos, a Casa de Saúde Anchieta acabou por ser totalmente desativada. Paralelamente construiu-se uma rede substitutiva de saúde mental, centrada nos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que teve como modelo os CSMs triestinos. Essa rede permitiu a Santos ser um dos poucos municípios em termos mundiais a ter auto-suficiência em assistência psiquiátrica em termos mundiais. A experiência teve repercussão nacional (Amarante, 1990) e serviu de inspiradora para que outras prefeituras seguissem o exemplo.

Foi o que ocorreu em 1993 em São Vicente, também município do litoral paulista. Lá foi implantado um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), em moldes semelhantes aos de Santos. O NAPS-Mater de São Vicente funcionava 24h por dia e dispunha de pronto-socorro psiquiátrico, enfermaria para internações de curta duração, hospital-dia e ambulatório<sup>60</sup>. O objetivo era oferecer à população de São Vicente<sup>61</sup> um serviço que evitasse que os doentes mentais fossem internados em hospitais psiquiátricos localizados geralmente no interior do estado. Esse serviço visava a oferecer uma assistência psiquiátrica humanizada à crise, sem tirar o paciente psicótico do convívio de sua família e de sua comunidade.

Esse NAPS rapidamente passou a concentrar toda a demanda da assistência psiquiátrica da região, fazendo com que, em cinco meses, o número de inscritos chegasse a 1800 pacientes, dos quais 900 com patologias psiquiátricas consideradas graves (Ribeiro e Soares, 1996). O plano inicial da coordenação da saúde mental era a criação de mais dois NAPS em locais estratégicos da cidade, o que não foi possível devido à carência de recursos financeiros da prefeitura de São Vicente, na época um dos município mais pobres do estado. Por isso, esse NAPS, que deveria idealmente atender a uma população de, no máximo, 80 mil habitantes, acabou por absorver todo impacto de uma população carente e historicamente mal assistida.

Quando passei a fazer parte da instituição, após prestar concurso público, a situação do NAPS era de crise. Ele passava por mudança de direção. O antigo diretor e a coordenação de saúde mental estavam se demitindo pelo fato de o projeto inicial da rede de saúde mental não estar sendo ampliado. A equipe anterior, composta por funcionários contratados, estava sendo demitida devido à contratação de novos funcionários, que foram aprovados pelo concurso público. Em terceiro lugar, havia uma demanda avassaladora para uma única instituição. Essa situação de crise se refletia, principalmente na assistência aos pacientes psicóticos internados na enfermaria ou que participavam do hospital dia: não

---

<sup>60</sup> No ano de 2000, foram introduzidas modificações no projeto inicial do NAPS Mater, desvinculando o atendimento ambulatorial do atendimento à crise, afastando a instituição do modelo baseado nos CSMs triestinos.

<sup>61</sup> Em 1991, segundo os dados do censo deste ano, a população de São Vicente era de 268.732 habitantes (Fonte plano municipal de saúde)

havia praticamente nenhum grupo ou atividade terapêutica para eles. Foi por esse motivo que planejei desenvolver a oficina terapêutica de arranjos florais voltada prioritariamente para esse tipo de paciente. Apesar de tudo, eu não estava seguro das repercussões que esse tipo de oficina poderia ter. De acordo com Pasqualle, médico psiquiatra que trabalhou vários anos em CSMs:

*“O operador pode não estar preparado para uma intervenção mas o serviço deve procurar soluções, é sua responsabilidade”.* (Pasqualle, 1988).

A seguir, descreverei duas experiências clínicas: a primeira, logo no início da implantação da oficina de arranjos florais no NAPS – Mater de São Vicente; e a segunda, ocorrida no NAPS - 1 de Santos. Essas narrativas visam mostrar as potencialidades deste tipo de oficina terapêutica nas novas instituições de assistência à saúde mental, geradas no bojo da reforma psiquiátrica.

## 8.1. Almerinda e sua família

A primeira experiência clínica ocorreu com uma paciente a qual darei o pseudônimo de Almerinda. Ela tinha 40 anos, havia entrado em uma crise psicótica depois de ter viajado para a casa de parentes. Lá não havia feito uso dos neurolépticos que estavam prescritos. Por esse motivo, a família com a qual a paciente morava, constituída pela irmã, cunhado e sobrinha, havia internado a mulher no NAPS-Mater de São Vicente. Esse equipamento tinha seu método inspirado na “psiquiatria da desinstitucionalização”. Essa instituição tinha três regimes de atendimento, ou seja, enfermaria para internações de curta duração, hospital-dia e ambulatório. A média de tempo de internação dos pacientes, em geral, era entre uma a duas semanas. Os pacientes tinham o direito de conservar suas próprias roupas e pertences e receber a visita diária dos familiares. O objetivo era preservar, dentro do possível, a identidade do paciente e sua inserção na família e comunidade.

Quando comecei a fazer parte do quadro técnico da unidade, como psicólogo clínico, a paciente já se encontrava internada por dois meses. Esse fato causava preocupação à equipe da instituição. A paciente encontrava-se numa crise maníaca e seu componente mais forte era uma onipotência que fazia todo contato com ela ser difícil. Fui designado, então, para fazer-lhe o acompanhamento psicológico. Iniciei com entrevistas diárias e, duas semanas após o início do tratamento, fiz uma anamnese a partir de uma entrevista com os familiares. A paciente criou logo de início um bom vínculo comigo e começou a interagir melhor com o resto da equipe. O maior problema era seu relacionamento com a família, principalmente com a sobrinha e o cunhado. Tinha um relacionamento conflitivo com a sobrinha de dezessete anos, não a tolerava, ofendia-a quando esta ia visitá-la. Esse fato gerava uma reação de ódio e recriminação por parte do cunhado, que tinha um estilo pessoal autoritário. A irmã da paciente, porém, não deixava de visitá-la quase diariamente, o mesmo acontecendo com o seu cunhado, que mostrava certa preocupação para com a paciente.

Segundo sua irmã mais velha, Almerinda não havia recebido cuidado satisfatório por parte da mãe. Por outro lado, a paciente possuía uma visão idealizada da sua mãe, que falecera no início de sua adolescência. Para ela, a mãe era uma figura exemplar, não sendo admitido nenhum comentário negativo sobre ela. A paciente apresentara sua primeira crise psicótica no início da idade adulta, tendo outras no decorrer da vida. Tinha ela, por esse motivo, sido internada várias vezes, o que lhe prejudicava tanto sua vida profissional quanto afetiva. A paciente não trabalhava numa ocupação remunerada havia muitos anos e tampouco tinha estabelecido algum vínculo amoroso mais importante, sendo solteira na época e não tendo filhos. Vivia agregada à família de sua irmã, levando uma vida social recatada, interrompida apenas por algumas viagens para a casa de outros familiares.

No contato com a paciente ficava clara a frustração dela não ter conseguido uma realização pessoal. Outra decepção grande era o fato de começar a envelhecer. Na mente da paciente, a sobrinha representava a possibilidade de ser bonita, desejável e de ter uma realização profissional, o que a deixava ainda mais irada. Isso gerava a negação de sua depressão através de um estado maníaco onde a onipotência imperava. Com isso, apresentava um delírio de grandeza.

Além do acompanhamento psicológico durante a internação, que era quase diário, Almerinda participava de outras atividades terapêuticas que eram promovidas pela equipe para os pacientes que estavam no regime de internação ou hospital dia. Na época, comecei a desenvolver o grupo de arranjos florais. Nesse momento, a paciente principiou a apresentar uma leve melhora no quadro de onipotência. Por esse motivo, o psiquiatra responsável pelo acompanhamento dos pacientes internados deu alta a ela.

Na noite que se seguiu à alta, porém, a paciente terminou por discutir com sua sobrinha e partiu para agressão física. O cunhado dela acabou tomando partido da filha e revidou a agressão. Na manhã seguinte, a família estava com a paciente novamente na instituição, pedindo uma nova internação, que foi aceita pela equipe.

Dois ou três dias depois, foi tentada nova alta; contudo dessa vez a paciente ficou a noite inteira acordada, tentando discutir com a sobrinha. Novamente teve que ser internada.

Por cerca de um mês, por determinação do psiquiatra que a assistia, Almerinda intercalou dias em que dormiu na unidade e outros em que dormiu em casa. No entanto seu quadro continuava instável, o que não lhe permitia ter uma alta definitiva. Nesse ínterim, a paciente continuou participando do grupo de ikebana no qual sempre fazia arranjos com quatro flores. Ela sempre dizia que as quatro flores representavam as quatro pessoas da família. Após a quarta participação no grupo, além de fazer o arranjo, desenhou duas flores e um maço de flores pequenas (ver figura 05). Colocou rostos humanos nas duas flores e disse que representavam a irmã e o cunhado. Quanto ao maço de flores, afirmou que representavam sua sobrinha. Após ter desenhado, pegou o papel em suas mãos. Olhou profunda e carinhosamente para ele como se sua família estivesse no do desenho e exclamou: “- *Como eu amo minha família!*”

A paciente falou para mim que estava sentindo uma saudade muito grande da família, e que queria voltar naquele momento para casa para revê-la. Apesar de ela ter feito um contrato terapêutico com a equipe para ficar participando do hospital-dia até o fim da tarde, senti que uma profunda modificação havia ocorrido em seu interior. A paciente parecia ter integrado o afeto depressivo em si, não mais o projetando na sua família, o que permitiu então o ressurgimento do sentimento amoroso em relação aos parentes. Como morava perto da instituição, consenti que retornasse ao seu lar acompanhada por um membro da equipe.

Almerinda não necessitou mais retornar à unidade para participar do hospital-dia ou para ser internada. Desse dia em diante, fez apenas o tratamento ambulatorial com o psiquiatra e comigo. Três meses após a alta definitiva da internação, mudou-se para outro estado, onde foi morar com outra irmã. Correspondeu-se comigo por cerca de dois anos, período em que esteve bem. Após esse tempo, teve dificuldade em adquirir os medicamentos, apresentando uma nova crise psicótica. No entanto recuperou-se com uma certa facilidade. O cunhado ainda teve contato comigo por cerca de um ano e meio, período no qual esteve bem.

Esse caso suscita uma série de reflexões sobre o porquê da melhora do paciente com a participação na oficina de arranjos florais. De Mazzieri, colocando o ponto de vista winnicottiano em relação à psicose esquizofrênica, afirma:



*“(...) nas psicoses esquizofrênicas, o estabelecimento das relações objetivas não ocorre satisfatoriamente, de tal forma que o paciente malogra em se relacionar com*



Fig. 05 - Desenho de Almerinda.

*qualquer objeto fora do self. Frequentemente, a onipotência, pertencente à ilusão, é mantida através de um delírio. Observamos ainda uma retração, empobrecimento no contato, isolamento, o paciente ainda sente-se irreal, inacessível, invulnerável.” (De Mazzieri, 1999, págs. 63 e 64 – o grifo é do autor).*

Acredito que, no caso desse paciente, os fenômenos descritos pelo pensamento winnicottiano são valiosos para sua compreensão. A paciente tinha uma imagem da mãe que não era real. Na verdade, a mãe era para ela um objeto subjetivo. A diferenciação entre self e não self não havia acontecido. Todos os objetos tinham que estar dentro da área de onipotência da paciente. Se eles teimassem em contradizê-la, como no caso da sobrinha, tentava fazer com que o objeto se submetesse através da agressão. A agressão mútua entre a paciente e o cunhado possibilitou àquela regredir e necessitar de um ambiente onde fosse assistida terapêuticamente.

Apesar do uso de neurolépticos e da atenção psicoterapêutica, o fator que desencadeou a melhora resultante na alta de um período de internação integral e parcial foi o arranjo floral como material mediador. A paciente brincou com a flor. Davis e Wallbridge (1982) dizem que:

*“Ao brincar, a criança manipula fenômenos externos a serviço do devaneio, e investe fenômenos externos escolhidos com significados e sentimentos oníricos.” (Davis e Wallbridge, 1982, pág.76).*

A flor como fenômeno externo ficou investida de significados e sentimentos pessoais. Era, ao mesmo tempo, sua família, e um objeto externo chamado flor. Para um paciente que sofreu uma regressão patológica, e que estava imerso num mundo constituído de objetos subjetivos, o aparecimento do objeto estético flor é semelhante ao aparecimento do objeto transicional para o bebê. O objeto estético se constitui num objeto não-self, permitindo à paciente reconhecer a realidade objetiva e os outros humanos em sua singularidade. Esse fato a fez sair da crise psicótica e constituir novamente uma realidade compartilhada, encerrando um período de sofrimento acentuado para ela e sua família.

## 8.2 João Alfredo e suas camisas

A segunda experiência clínica ocorreu no NAPS – 1 de Santos, com um paciente ao qual darei o nome de João Alfredo. Ele era um paciente com uma oligofrenia grave, com quadro psicótico associado. Também tinha uma carreira de internações psiquiátricas longas em hospitais no interior de São Paulo. Esse tipo de internação eram muito comuns antes do início da reforma psiquiátrica brasileira. João Alfredo tratava-se no NAPS 1 de Santos, no qual eu coordenava voluntariamente uma oficina de arranjos florais. Ele participava do hospital dia da unidade 3 vezes por semana. João Alfredo era, segundo informação da auxiliar de enfermagem que co-coordenava o grupo comigo, um paciente de poucas palavras e ações. Passava a maior parte do seu dia sentado numa sala na unidade básica de saúde que dividia na época um espaço com o NAPS. Seu palavrado era pequeno, devido a sua oligofrenia. Sua comunicação era constituída de frases curtas e simples, como “eu fui, eu fiz”. João Alfredo apresentava um rebaixamento do juízo crítico e uma impulsividade que o fazia rasgar sua roupa, quando sentia que algo estava sujo nela. Geralmente fazia isso uma vez por semana no NAPS, o que muitas vezes era motivo de chacota por parte de outros pacientes e, infelizmente, até de um ou outro profissional da unidade. Uma vez, no início do processo da oficina, cheguei a presenciar essa ocorrência.

João Alfredo, todavia, gostava de participar da oficina, a qual vinha participar sem faltar uma só vez. Tinha uma deficiência visual acentuada que o fazia ter dificuldade de enxergar o que ele próprio fazia. Quando utilizava tesoura para cortar papéis, eu sempre ficava ao seu lado com receio de que ele se cortasse. Mesmo assim, o paciente fazia seus arranjos e vasos num estilo que era seu. O seu arranjo era geralmente feito num vaso de altura média. As flores normalmente eram um pouquinho mais longas do que o vaso. João Alfredo gostava também de usar vários fitilhos para adornar o vaso. Quando terminava o vaso sempre dizia com orgulho “*eu fiz*”. Ele falava isso para todas pessoas que encontrava. Três meses após o início da oficina, a auxiliar de enfermagem que coordenava o grupo comigo, disse-me: “*Sabia que o João Alfredo não rasgou mais sua roupa na unidade, desde aquele dia? Acredito que é porque ele começou a participar do grupo de Ikebana*”. O fato é que João Alfredo parara com esta prática dentro do NAPS. Este período se estendeu por todo o tempo em que coordenei a oficina de Ikebana no NAPS 1. O tempo total da oficina foi de dois anos, com uma interrupção de cerca de seis meses no meio do trabalho.

No final do processo, quando não poderia mais continuar coordenando a oficina, devido a problemas particulares, chamei a mãe de João Alfredo para uma entrevista. Ela contou-me que ele tinha este comportamento há vários anos e que era mais freqüente em casa do que no NAPS. Ele chegava, durante a semana, a rasgar várias vezes a roupa em casa. O fato era tão corriqueiro que os vizinhos estavam acostumados a doar camisetas velhas à mãe do paciente. Ela relatou-me, porém, que, a partir do mês em que João Alfredo começou a participar da oficina, ele diminuiu a freqüência com que rasgava as vestimentas em casa. No período em que a oficina esteve interrompida, houve novo aumento da freqüência desse comportamento, porém não chegou ao patamar do período anterior a ela. A mãe terminou por dizer que, no momento em que voltei a coordenar a oficina, houve uma nova diminuição na freqüência.

Cabe ressaltar que a mãe de João Alfredo não se envolvia diretamente no tratamento e não sabia em que período ele havia participado da oficina. Mesmo assim, seu relato das melhoras comportamentais de João Alfredo coincidia com os períodos em que ele participara do trabalho com os arranjos florais.

Vemos no caso de João Alfredo, a questão da destrutividade gerando algo novo, ou seja, o lado positivo da destrutividade. O processo da feitura do vaso e do arranjo pode ser encarado como uma destruição. Destrói-se cortando a garrafa, as fitas, as flores, porém o objeto sobrevive à destruição e, ao mesmo tempo, metamorfoseia-se em algo criado pelo sujeito.

Winnicott (1969) afirma que o objeto só ganha status de objeto real na medida em que o fenômeno da projeção cessa. Ele denominou esse fenômeno de “uso do objeto”. Winnicott indica que o uso do objeto se desenvolve a partir da relação de objeto. Na relação de objeto, este e o sujeito estão fusionados. O bebê acredita que todos os objetos que existem no mundo foram criados por ele próprio. Winnicott designou esses objetos com o nome de objetos subjetivos e o protótipo seria o seio que a mãe oferece ao bebê quando este está com fome. Segundo Winnicott (1950), o bebê alucina que criou o seio. O seio torna-se objeto subjetivo, ainda não existe como realidade separada do sujeito. Winnicott diz que é importante que este processo seja sustentado por uma mãe suficientemente boa, que apresenta os objetos ao bebê, à medida de sua necessidade. Se esse fato ocorrer, o bebê passa pela experiência da onipotência de ser criador de seu próprio universo, de ser Deus.

O bebê terá que sair desse universo fusionado, onde não há diferença entre self e não-self, destruindo o objeto subjetivo na sua fantasia. Porém, se esse objeto sobrevive à destrutividade, isso configura a morte do objeto dentro do mundo subjetivo do paciente, e o nascimento dele na realidade externa. Winnicott (1969) assim se manifesta sobre esse problema:

*“Entende-se, geralmente, que o princípio de realidade envolve o indivíduo em raiva e destruição reativa, mas minha tese é a de que a destruição desempenha um papel na criação da realidade, colocando o objeto fora do eu (self)”.* (Winnicott, 1975, p.127)

João Alfredo, de uma certa forma, comprovava essa realidade, ao se referir ao seu arranjo dizendo “*eu fiz*”. Quer dizer, ele conseguia, de uma certa forma, ao destruir um material e ao mesmo tempo conservar e transformar sua beleza, fazer com que o arranjo de flores sobrevivesse à própria destrutividade, caminhando assim em direção a uma constituição da realidade. Por outro lado, vemos que a destruição de sua própria roupa tinha o efeito de aniquilação, de não-sobrevivência do objeto, o que não o ajudava no sentido de constituir uma realidade. (Winnicott, 1969)

De um ponto de vista da teoria basagliana, “*a terapêuticidade encontra-se na capacidade dos operadores do serviço em constituírem-se em intermediários materiais capazes de tirar da inércia e dialetizar trocas sociais bloqueadas, desinstitucionalizando os sintomas e os sentidos reificados do paciente.*” (Barros, 1997, p.107). Através do trabalho da oficina, João Alfredo saiu de uma situação inercial, onde o sintoma, apesar de ele freqüentar um NAPS, estava institucionalizado. Isso era demonstrado pela maneira

jocosa como João Alfredo fora tratado por um membro da equipe<sup>62</sup>, quando manifestou seu sintoma. Por outro lado, João Alfredo deixou de ser um paciente-objeto reificado e passou a ser sujeito de sua própria criação. Como indaga Ongaro-Basaglia (1982):

*“Como fazer emergir o sujeito desta humanidade humilhada, destes corpos torturados, dessas vidas interrompidas?”* (Ongaro-Basaglia,1982, p.10)

A oficina de ikebana sinaliza um caminho para a emergência desse sujeito.

---

<sup>62</sup> Esse trabalhador era uma exceção dentro da equipe do NAPS 1 que, na época, era constituída de profissionais sérios e engajados na defesa dos direitos dos pacientes.

### **III- Relato de experiência clínica**

Nessa parte, descreverei um caso de uma paciente com características borderline acompanhada por cerca de dois anos e meio em oficina terapêutica. Esse caso foi escolhido devido à riqueza de seu conteúdo e a farta documentação que pudemos recolher. Por esse motivo, ele se tornou bastante interessante para ilustrar as possibilidades terapêuticas desse tipo de tratamento grupal com a flor como material mediador.

Notamos nesse caso que a oficina se configura como espaço terapêutico onde processos regressivos podem se instalar. A partir dessa regressão o verdadeiro self, até então protegido e oculto por uma capa de realizações do falso self, pode aflorar. A partir desse afloramento, a paciente realiza uma série de arranjos que apresentam e constituem seu ser, apontando-lhe a direção da cura. . Por outro lado, considero os arranjos como objetos da experiência (Gomes, 1998), e como tais, parte de um processo comunicacional da paciente consigo mesmo e com os outros da oficina.

Esse processo comunicacional da paciente caminhou na direção da descoberta de maneiras mais autênticas de existir, viver e se expressar.

## 9. Glauce e a paranóia diminuída

Glauce era paciente de uma oficina terapêutica de arranjos florais que eu coordenava. Havia sido encaminhada por uma psicóloga que lhe dava atendimento psicoterápico individual, uma vez por semana, numa unidade básica de saúde .

Glauce contou-me que viera fazer psicoterapia por apresentar sintomas paranóides após ter sido assaltada e ameaçada de morte em sua própria casa, por ex-empregados seus. Dizia acreditar que por pouco não morreu, escapando depois de amarrada e amordaçada. Depois do assalto, mudou-se da casa que seu ex-marido deixara para ela e seus filhos e foi morar novamente com a mãe e os irmãos. Apesar dessa medida, ela relatava que entrara num estado persecutório passando a ter medo de todas as pessoas com quem convivia, inclusive da própria família. Contou-nos que se sentia irreal e, ao mesmo tempo, tinha a percepção de que todas as outras pessoas eram agressivas, ofereciam-lhe perigo ou queriam lhe fazer mal. Por esse motivo, falou que entrara num estado depressivo e num desejo de isolamento quase total. Sua vontade era de ficar apenas no quarto, sem se comunicar com ninguém.

Glauce nos contou que, ao constatar-se neste estado, buscou ajuda psiquiátrica. Ela referiu que o psiquiatra a medicou com antidepressivos alopáticos. Diz que os tomou por um mês. Contudo, acabou afastando-se deles, pois sentia alguns efeitos colaterais. Pediu ao psiquiatra que a medicasse com algum remédio homeopático. Ele assentiu ao seu pedido e ela tomou por 6 meses essa medicação. Relata que sentiu diminuição na intensidade dos sintomas, que a fizeram ter um pouco de energia para tentar reorganizar sua vida. A paciente narrou que uma das primeiras providências que tomou foi procurar ajuda psicológica em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). A unidade agendou-lhe um atendimento com uma psicóloga que trabalhava ali, a quem chamarei de Núbia. Ela propôs a Glauce atendimento semanal e assim iniciou-se o tratamento. Três meses depois do início do atendimento individual, por telefone, Núbia encaminhou-me Glauce acreditando que o atendimento grupal em oficina terapêutica lhe seria benéfico. Esclareceu-me, também, que a paciente continuaria a seguir a psicoterapia individual com ela.

Antes de iniciar o tratamento, realizei uma anamnese com Glauce. Ela me contou que era proveniente de uma família numerosa, com cerca de uma dezena de irmãos. Disse-me que era uma das irmãs mais novas. Contou-me que a família era proveniente da área rural e haviam emigrado para um grande centro urbano, quando ela era uma criança. Glauce relatou uma infância conturbada, num ambiente de grande competitividade entre os irmãos. Vivia na barra da saia da mãe ou se escondendo, fugindo dos irmãos que, muitas vezes, a agrediam fisicamente. Referia que chorava demais por esse motivo e que foi uma criança tristonha. Segundo Glauce, a mãe sempre fora uma mulher seca e autoritária e não mantinha uma relação de amizade com a filha. Na visão dela o pai, apesar de ser afetivo, não demonstrava seu sentimento, mantendo uma relação distante com os filhos. Ela nos contou que, no início de sua adolescência, sofreu tentativa de assédio sexual por um familiar, o que a fez tornar-se ainda mais retraída. Outro fato muito marcante em sua vida, segundo sua visão, foi a separação dos pais. Sua mãe se separou do seu pai depois que este, muito religioso, pretendia construir um quarto para dormir separado da esposa. Glauce narrou que, sem avisá-lo, a mãe levou os filhos menores para o apartamento de uma filha,

Melissa, que já era independente. Glauce nos diz que isso gerou um outro conflito, pois Melissa também não fora avisada. Ela relatou que sentira esse ato da mãe quase como um seqüestro. A paciente disse que Melissa, indignada com o ato da mãe, resolveu sair da cidade, dizendo que dessa maneira seria impossível ter privacidade. A mãe decidiu criar seus filhos na nova moradia. Na época, ela nos relatou que era apenas uma criança, sendo uma das filhas mais novas. A paciente contou que, durante sua adolescência, acabou indo morar com uma outra irmã, a quem chamarei de Gertrudes, que vivia distante da família. Ela vivia com um companheiro, Afrânio, que tinha duas famílias e casas: a oficial, que era do seu casamento; e a “ilegítima”, que era composta de Gertrudes, seus filhos e Glauce. Afrânio era muito rico e, com isso, Glauce podia freqüentar o melhor colégio da cidade. Gertrudes, contudo, a proibía de trazer as amigas em casa, com medo de que a família oficial descobrisse a “família ilegítima”. Ela também não podia comentar sobre a vida da família para os amigos.

Glauce declarou que, no início, sua vida com Gertrudes e Afrânio era maravilhosa: ela tinha muito do que desejava ter materialmente, ao contrário de sua vida sofrida de menina pobre na cidade grande. Com o passar do tempo, contou-nos que começou a viver uma grande solidão, que a deixou deprimida. Relatou que, após um ano com a irmã, não podia suportar aquela vida. Acabou pedindo a Gertrudes para voltar a morar com a mãe. Glauce disse que, então, retornou ao convívio da mãe. A paciente contou que Gertrudes pediu à mãe que lhe mandasse uma outra irmã para lhe fazer companhia. A mãe lhe envia então uma irmã mais nova, Suzette, para atender o pedido de Gertrudes. A paciente nos contou que, posteriormente, Suzette, que morou muito tempo com Gertrudes, desenvolveu um quadro de distúrbio bipolar.

Glauce relatou que a mãe, porém, nunca lhe dera muita autonomia. Ela nos contou que sempre autoritária, a mãe fazia sua vida ser difícil. A saída, para ela, foram os estudos, o casamento, a profissão, para poder ter uma certa independência da mãe. Apesar de gostar dela, Glauce referiu que tentava não se deixar submeter totalmente, fosse procurando manter um bom vínculo com o pai, que vivia sozinho, seja tentando manter sua independência financeira e emocional. Comenta que jogou todas as esperanças em seu casamento e no seu trabalho.

A paciente nos diz que, apesar de um início relativamente bom do seu casamento, logo passou a ter dificuldades com o marido, pois ele estava constantemente ausente por motivos de trabalho e, gradativamente, começou a afastar-se emocionalmente dela. Após vários anos de casamento, Glauce afirmou ter descoberto que ele tinha uma amante, o que resultou em sua separação. Sua busca por alguém que lhe desse segurança emocional, que nunca na verdade tinha sido totalmente preenchida, havia redobrado com a separação do marido. A paciente nos conta que apesar de ter seus filhos, com os quais se relacionava bem, ela vê sua depressão, que sempre esteve presente, aprofundar-se. Disse que passou a acreditar que uma mudança na vida profissional talvez melhorasse algo em sua vida. Glauce buscou um emprego público; conseguiu passar num concurso. Ela contou que na instituição em que foi trabalhar os concursados eram sutilmente hostilizados pelos contratados, que estavam em maior número. Glauce afirmou que chegou a enfrentar várias situações perigosas, geradas pelas pessoas contratadas e que sua integridade física foi ameaçada. Por fim, revelou que acabou desistindo sem se efetivar no emprego. Glauce narrou que retornou ao seu antigo ramo de atividade, mas logo após aconteceu o assalto e

ela não conseguiu mais trabalhar. Ficou, então com sintomas paranóides, depressão com aspectos esquizóides, contato interpessoal prejudicado, incapacidade para o trabalho, insônia.

### **O processo terapêutico de Glauce na oficina**

A oficina terapêutica em que Glauce começou a participar estava em formação. O grupo inicial era formado por seis pacientes, com diferentes diagnósticos. Ela permaneceu por cerca de dois anos e seis meses participando da terapia. Nesse ínterim, o grupo apresentou várias mudanças em seus integrantes. Podemos dividir dois períodos da participação dela na oficina. O primeiro durou cerca de um ano. Nesse período, os participantes da oficina eram praticamente as pessoas do grupo inicial. O segundo momento prolongou-se por aproximadamente um ano e meio. Durante esse período alguns pacientes do grupo inicial já não integravam a oficina. Essa época marcou a entrada de novos pacientes e o aumento do número médio de participantes que passou a ser de cerca de oito.

No primeiro período, Glauce estabeleceu relações mais estreitas com três participantes da oficina: Olinda, uma dona de casa que gostava muito de artes; Lúcia, outra dona de casa que vivia uma relação de conflito com seu marido e Brigitte, estudante universitária às vésperas de um casamento. No segundo período, os vínculos mais importantes são com Olinda e Teresa, outra dona de casa versada em artes.

### **Primeiro período: a confraria das mulheres**

Logo no começo simpatizei com Glauce. Ela se caracterizava por uma franqueza, uma autenticidade a toda prova. Colocava abertamente seu sofrimento, suas opiniões sobre outros fatos vividos pelos demais integrantes da oficina. Isso fez com que todos os demais pacientes logo comessem a se dar bem com ela, principalmente Olinda, Lúcia e Brigitte, que apresentavam questões vivenciais semelhantes. Olinda e Lúcia colocavam para o grupo problemas de mulheres de meia idade, suas dúvidas em relação a companheiros, filhos, papel social, carreira e outros. Brigitte, um pouco mais nova, expunha muitas questões ligadas ao estudo e começo do casamento que tinham ressonância em Glauce. Todas, porém, traziam uma dificuldade de lidar com o mundo masculino frequentemente hostil a elas.

Por outro lado, Glauce apesar de relatar frequentemente uma dificuldade de fazer o arranjo, geralmente se compenetrava muito na feitura do vaso. Apreciava muito ver o seu arranjo pronto, assim como os dos outros participantes. Sempre era muito crítica e sincera ao comentar o seu arranjo. Na maioria das vezes, procurava descobrir uma beleza oculta nos arranjos dos outros pacientes. Descrevia o que achava de belo neles para os outros integrantes da oficina.

Glauce, durante sua participação na oficina, aos poucos revelou ao grupo a dificuldade em conviver com sua mãe na mesma casa novamente. Relatou que a mãe sempre tivera um caráter dominador e difícil. Disse que o relacionamento com o resto da família também é complicado, falava que os irmãos também eram autoritários e fechados. A paciente ressentia-se de ter poucas oportunidades de mudar essa situação.

Entre os arranjos que Glauce fez, selecionarei, para comentários, alguns que mostram etapas da evolução dela durante a oficina. A paciente realizou um arranjo muito curioso (ver figura 6) no terceiro mês de participação da oficina. Fez um arranjo com flores brancas e amarelas. No período inicial da oficina, esse era um arranjo típico de Glauce, com flores de cores mais claras. Ela dizia ter dificuldades em lidar com flores de cores mais vivas. Ela própria argumentava que as flores de cores mais fortes representavam estados de ânimo mais intensos que ela não era capaz de sentir. Contou ao grupo que não conseguia nem chorar, apesar de sentir-se deprimida. Glauce acreditava que se fechava para não sofrer. Todavia, o que mais chamou a atenção do arranjo foram as flores brancas coladas com durex na haste de dois ramos de trigo. Fiquei imaginando se Glauce simbolizava neste arranjo sua necessidade de impingir afetividade para pai e mãe, que na sua história lhe foram muito frios.



Figura 6

Durante este período, Glauce relatava que o relacionamento com a mãe era difícil. Esta se intrometia em seus assuntos, não ouvia suas opiniões, evitando que Glauce se sentisse acolhida. A paciente diz que se sentia como um objeto, que não tinha privacidade. Passava a maior parte do tempo enfiada no quarto que sua mãe lhe reservara. Mesmo os arranjos que Glauce trazia eram desprezados e sua mãe preferia as flores artificiais.

Glauce, contudo, continuava a participar da oficina. Para ela, isso era muito importante. Sentia-se bem ao poder falar de seus problemas e, ao mesmo tempo, fazer seus arranjos. Ela foi ganhando, com a participação na oficina, mais confiança em si própria, maiores condições de resistir à intrusão da mãe em sua vida.

Seis meses após o início da oficina, Glauce fez um vaso em forma de coração no qual colocou um galho de azaléia com apenas uma flor (ver figura 7). Conta que fez o arranjo pensando no quanto gostava da sua família, mas sabia que o amor e o respeito deles em relação a ela seria limitado, que talvez isso nunca mudasse. Relata que, apesar desse fato, continuaria amando sua família da mesma forma., mesmo não sendo retribuída na mesma moeda. Glauce relacionou o amor que sentia à família ao coração e o galho de azaléia, à sua própria solidão.



Figura 7

*Após esse momento, os arranjos de Glauce tornam-se mais lúdicos, perdem uma certa rigidez inicial, o tamanho pequeno.*

Exemplo é o arranjo com papel azul (ver figura 8). Nesta época, Glauce tinha começado a aprender uma técnica de massagem, com uma amiga muito próxima; então, fez seu primeiro arranjo de tamanho grande. É interessante notar que a capacidade de voltar a

relacionar-se com outros corpos e indiretamente com seu próprio corpo, fez a paciente relaxar suas defesas e expandir seu eu.



Figura 8

Outro exemplo é o arranjo com papéis variados (ver figura 9). Este arranjo foi feito com papéis de vasos antigos que a paciente desmontara. Glauce relacionou este arranjo à possibilidade de repensar seu passado, com menos culpa do que havia feito até aquele momento.



figura 9

### **Segundo período: Recuperando a mãe**

Apesar desses momentos em que se sentia melhor, em outros predomina o sentimento de vazio, de falta de sentido, de vivências de desconhecimento de si mesma. Exemplo típico disso é o arranjo seguinte (ver figura 10), no qual ela nos contou que os cones maiores representavam a família da mãe e do pai e os cones pequenos, as famílias dos irmãos. É curioso ressaltar que Glauce cortou as flores menores de forma bem curta e que muitas não chegam a atingir o substrato que as fixou, ficando praticamente amassadas dentro do cone.



Figura 10

Apesar de todos os avanços na terapia, ela sentia não possuir um eu, naquele momento . No decorrer do processo, falou que a psicoterapia individual estava lhe ajudando a ter senso de eu individual. Relatou que esse sentimento de eu individual havia se desvanecido quando do assalto. Dizia que, quando sentisse ter um eu individual, daria para a sua psicoterapeuta um cartão pessoal. Contou que, cerca de dois meses antes, tinha dado esse cartão profissional à analista, dizendo-lhe que havia ajudado a recuperar esse senso de eu pessoal. Contudo, nas sessões seguintes Glauce relatou que falara à sua psicoterapeuta que este cartão não fora válido, pois era um cartão profissional. Mais ou menos um mês depois entregara-lhe um cartão pessoal e aí dissera à psicoterapeuta que agora sim era válido, agora ela se sentia com um eu individual. Ao narrar esse fato ao grupo, Glauce relatou, porém, que, apesar de ela sentir-se como um eu para si próprio, não se sentia com um eu social. Confessou que o grupo de ikebana lhe dera uma possibilidade de conviver socialmente, que isso a estava ajudando a ter uma identidade, mas isso não estava completo. Pouco depois, ela me deu seu cartão profissional, dizendo que já se sentia com um eu social. Na semana seguinte, Glauce acabou falando que esse cartão não era válido, pois não era um cartão pessoal. Ela então entrou num curso de danças de salão, onde o método era dançar com quem não tivesse relacionamento anterior, obrigando a conhecer outras pessoas. Conseguiu enfrentar sem medo a troca de par, coisa que antes era

impossível. Através dessa melhora, ela sentia que já possuía um eu social e acabou me trazendo seu cartão pessoal.

Um pouco antes de ela mencionar esse processo, Glauce fez alguns vasos que mostram uma melhor aceitação do outro. Numa das sessões da oficina, ela, que apresentava um estilo muito peculiar, utilizou um material que não costumava utilizar, a cartolina ondulada. Esse era um material típico dos vasos de Olinda. Um pouco depois, Glauce fez um arranjo, utilizando um vaso já pronto, onde colocou um elemento típico de seu estilo, o coração (ver figura 11). Em ambas as ocasiões, ela relatou que conseguiu fazer isso porque, naquele momento, estava conseguindo se relacionar melhor com o outro, que já não era tão ameaçador a ela.



Figura 11

Outro período interessante de Glauce é quando ela começou a utilizar cores mais vivas, mais quentes (ver figura 12). Disse-nos que gostava particularmente de rosa, mas desde a adolescência não a utilizava. Esse uso de cores mais quentes estava relacionado, segundo a paciente, ao fato de ela se sentir mais viva como pessoa.



figura 12

Glauce começou também a utilizar vasos (figura 13) que haviam sido feitos por Teresa, modificando-os (figura 14). As duas haviam estabelecido uma forte relação transferencial. Teresa tinha uma filha que se aproximava da idade de Glauce. Tinha uma boa relação com sua filha, bem mais próxima e afetiva do que a relação de Glauce com sua mãe. A empatia entre as duas era grande e manifestava-se nos olhares, sorrisos, opiniões e conselhos que ambas trocavam constantemente, a ponto de Glauce pedir conselhos a Teresa sobre a maneira de como deveria desenvolver o vaso. Teresa, contrariando a regra do grupo, quase ordenava a maneira de Glauce fazer o arranjo, o que me fez uma vez intervir e relembrar-lhes a regra do grupo.

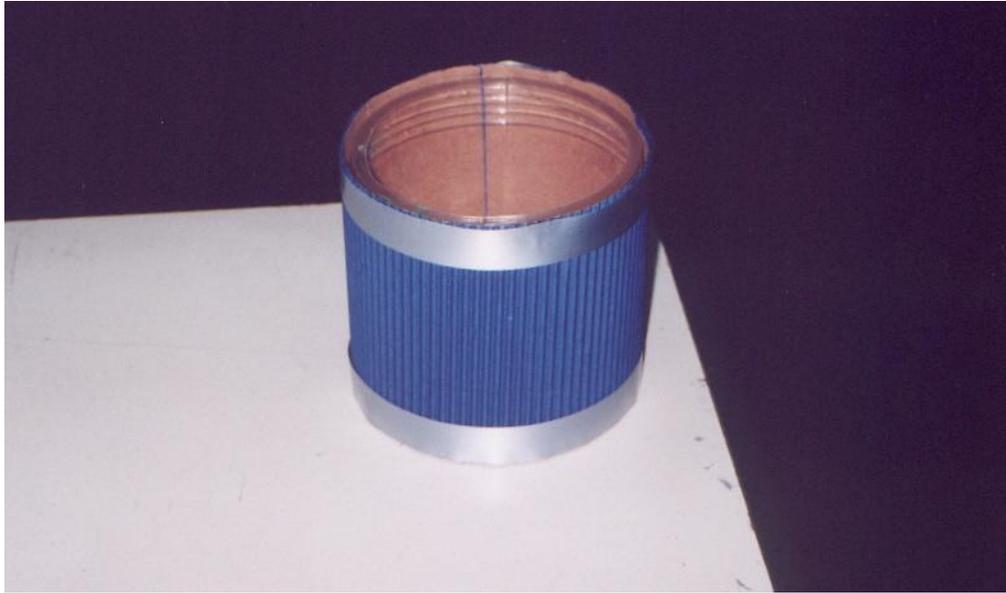


Figura 13



Figura 14

Mais para o final do seu processo terapêutico, Glauce começou a associar a cor rosa com sexualidade. O fato de ela ter sentido diminuir dramaticamente o desejo sexual era uma coisa que vinha da época do assalto. Todavia, antes mesmo do assalto a vida sexual de Glauce estivera em crise, pois tivera problemas com o marido que estava trabalhando em outra cidade e que, apenas de tempo em tempo, ia encontrá-la.

No entanto, mesmo nos reencontros, seu marido já não mostrava o antigo interesse por ela. Glauce, posteriormente, descobriu que o marido estava morando com outra mulher já havia anos, na cidade em que trabalhava, o que foi motivo de separação.

Após cerca de 2 anos de participação na oficina, Glauce fez um arranjo com uma fita rosa pink (ver figura 15). Durante essa sessão da oficina, relatou que uma sobrinha, que chamarei de Aline, filha de sua irmã Gertrudes, estava namorando um rapaz que morava na mesma cidade de Glauce. Essa sobrinha estava se hospedando na época na casa da mãe de Glauce. O motivo de sua vinda à casa de sua avó era que o namorado não havia apresentado a sobrinha de Glauce à sua própria família. Gertrudes já há alguns anos era legitimamente casada com Afrânio, pois este se separara da primeira esposa. Por esse motivo, Aline era rica, tinha recebido uma boa educação e freqüentava a alta roda de sua cidade. Mesmo assim, ela estava muito insegura em relação à sua aceitação pela família do namorado. Esta insegurança estendeu-se aos seus trajes. Apesar de ter trazido várias malas com muitos vestidos e acessórios, queria usar um vestido com uma pala rosa pink. Mas ela não tinha sapatos e bolsas que combinassem com o vestido. Por esse motivo, pediu à Glauce e sua mãe que a levassem ao shopping para encontrar tais acessórios para o vestido. Só que Glauce e sua mãe não contavam com a insegurança da sobrinha. Esta, não satisfeita com nenhum sapato ou bolsa, fez as suas acompanhantes peregrinarem por três shoppings, procurando loja por loja os acessórios desejados. Após seis horas de procura, quando estavam numa loja experimentando sapatos, a mãe de Glauce aceitou balas que uma lojista oferecera. Essa aceitação gerou uma reação de desaprovação de sua neta, que ridicularizou sua avó na frente da lojista, chamando-a de “brega”. A avó, saindo da loja, discutiu com a sobrinha. Glauce teve que intervir para que o conflito não se agravasse. Mas teve que ouvir durante o resto da compra as palavras ácidas que sua mãe proferiu, irritada com sua neta. Glauce passou o resto do tempo tentando acalmar as duas.



figura 15

Como eu havia mencionado anteriormente, ao fazer o arranjo, Glauce colocou uma fita rosa no vaso, relatando alegremente que assim fizera pois essa lembrava a pala pink do vestido da sobrinha. Fiquei abismado com o relato, pois o mais lógico seria pensar que Glauce não colocaria no seu vaso algo que se relacionasse com um episódio que havia sido muito incômodo para ela. Fiquei imaginando que a vontade de Glauce em rearticular-se como ser sexuado estava bastante forte no momento.

No final do processo, após 2 anos de participação da oficina, ela conseguiu voltar a trabalhar; em uma ocupação que ela desenvolvia 2 vezes por semana. Cerca de 3 meses depois, Glauce fez um arranjo (ver figura 16) em que misturava flores pequenas de cabo curto com flores grandes com cabo comprido. Por fim, tirou as flores pequenas de cabo curto e só deixou as flores grandes de cabo comprido. Ela relatou que queria deixar as flores pequenas de cabo curto, porém para ela essas eram muito infantis, por isso resolveu deixar as maiores de cabo grande que, para ela, significavam maturidade. Glauce veio mais uma vez à oficina para nos contar que não poderia mais participar dela, porque havia conseguido estender suas atividades profissionais para outros dias da semana.



Figura 16

## 9.1. Reflexões sobre a experiência de Glauce

Apesar de Glauce aparentemente ter atingido uma série de realizações em sua vida, como ter terminado seus estudos superiores, ter se estabelecido numa profissão, ter mantido boas relações com os pais e irmãos, ter se casado, algo a atingira no cerne delas, transformando-as, após o assalto, em algo vazio e irreal. Esse sentimento de irrealidade não só atingiu os objetos com os quais se relacionava, como também a própria paciente. Ela mesma relatou que sentiu não ter mais existência pessoal ou social após o assalto. Instaurou-se uma descontinuidade em seu ser. Essa aponta para outras descontinuidades de sua experiência, como a sua súbita separação do pai e da casa onde passara a infância, a tentativa de abuso sexual por parte de um familiar, o período sombrio que passou com a irmã, a separação, primeiramente espacial, e depois jurídica, do marido. Essa descontinuidade, essa crise gerada pelo assalto motivou o que, de um ponto de vista junguiano, poderíamos chamar de um estado regressivo da paciente. Conforme Jung(1952):

*(...) “A regressão é também, uma introversão involuntária, na medida em que o passado é um objeto da memória e, portanto, um conteúdo psíquico, um fator endopsíquico. É uma recaída no passado, causada por uma depressão no presente.” (Jung, 1953-1979, parágrafo 625)*

Vemos então que, do ponto de vista causal, o choque causado pelo assalto pode ter levado Glauce a entrar em depressão, gerando um movimento introversivo e depressivo em sua psiquê. Porém, a regressão tem um aspecto finalista dentro da obra de Jung (1928), que é o de “recuar para melhor saltar”:

*“Sob o ponto de vista causal, a regressão é causada, digamos, por uma fixação à mãe’; mas do ponto de vista final, a libido regride à imago da mãe para ali encontrar as associações de memória por meio das quais pode ocorrer um desenvolvimento posterior, por exemplo, a passagem de um sistema sexual para um sistema intelectual ou espiritual” (Jung, 1953-1979, parágrafo 43)*

Podemos dizer que, ao mesmo tempo em que a regressão tem um aspecto aparentemente negativo, de involução psíquica, ela pode fornecer a senda para um novo desenvolvimento pessoal. No caso da oficina terapêutica, o importante é que o terapeuta perceba até que ponto o paciente regrediu, para poder, a partir daí, através do oferecimento de um ambiente terapêuticamente adequado, permitir um avanço no desenvolvimento do paciente. Winnicott (1954) assim coloca a função da regressão no setting analítico:

*(...) “É como se existisse a expectativa de que surjam condições favoráveis que justifiquem a regressão e ofereçam uma nova chance de avanço no desenvolvimento, tornado impossível ou dificultado pelo ambiente.” (Winnicott, 1958, p.281)*

Dentro da minha percepção, Glauce havia regredido até um estágio pré-edípico, onde a diferenciação dela do mundo externo começava a se estabelecer. Essa regressão provavelmente estava relacionada com uma maternagem insuficientemente boa, aliada à dificuldade de elaboração dos conflitos edípicos, dada a magnitude dos conflitos familiares. Ou seja, Glauce acabou tendo o seu desenvolvimento dificultado pelo ambiente, em outros termos, por sua mãe e sua família. Ela passou a apresentar dificuldades para constituir seu self. O self nuclear, que Winnicott (1960) aponta como um potencial herdado que é experienciado como uma continuidade do ser, precisa ser protegido por um falso self que se desenvolve como uma estrutura de defesa. Winnicott (1965) diz que, no caso de uma maternagem insuficiente boa, a mente do bebê ou criança acaba por se hipertrofiar, substituindo o cuidado materno. O bebê ou criança acaba se auto-maternando, através de uma autocompreensão exagerada. Em relação ao outro, Winnicott (1960) indica que o indivíduo que apresenta um falso self se apresenta como uma personalidade agradável, com grande potencialidade de realização intelectual. Esse indivíduo guarda, contudo, dentro de si, um sentimento de vazio e irrealidade, que termina minando os sucessos do falso self, que entra em colapso.

No caso de Glauce, o falso self se instalou devido à maternagem insuficiente de sua mãe e aos conflitos familiares, principalmente à tentativa de abuso sexual sofrido. Outro conflito importante, do qual Glauce conseguiu se livrar, foi o período em que ela viveu com Melissa. Provavelmente, temos aí algo que possa ter sido vivido por Glauce como indiferença materna. O papel materno acabou sendo delegado à Gertrudes, que era um exemplo de submissão ao amante e à sociedade que a circunda. Podemos dizer que Gertrudes apresentava algumas características falso self bastante pronunciadas. Glauce conseguiu rejeitar essa submissão destrutiva e escapar de um quadro psicopatológico mais grave, o que não aconteceu com sua irmã mais nova diagnosticada mais tarde como portadora de um distúrbio bipolar.

Posteriormente, Glauce acabou retomando sua vida na casa da mãe, estuda, forma-se e se casa. Por um tempo tudo correu bem. Porém, um fato vem abalar sua vida: o marido ter arranjado emprego em uma cidade muito distante da qual eles moravam. Glauce começou a vê-lo a intervalos de tempo muito grandes. Notou, também, um esfriamento da parte dele antes sempre muito solícito, em relação à questão sexual. Ela começou a brigar com ele, desejando mudar para a cidade onde ele morava. O marido sempre respondia com evasivas. Por outro lado, Glauce desconfiava que ele tinha outra mulher nessa cidade, mas o marido sempre negava. Ela então aceitou essa situação por anos a fio, de uma forma submissa e esquizóide, até ter uma prova irrefutável de que o mesmo estava realmente envolvido com outra. Após a separação, o sentimento dela tornou-se ainda mais embotado.

Nessa situação, Glauce ainda tentou mudar de emprego e de profissão. Aparentemente, ela deslocou sua insatisfação para um outro pólo, ligado ao seu lado racional e profissional. Todavia a hostilidade dos contratados dentro da instituição pública fez com que a mesma desista rapidamente dela. Esse fracasso fez com que Glauce ficasse menos motivada em relação aos seus objetivos, mais deprimida e com a impressão de não estar realizando coisas reais. Nessa altura, ela navegava em águas turbulentas, com sua vida afetiva e profissional totalmente desestruturadas. Ela sentia-se impotente para mudar a situação, com o sentimento de que tudo que havia construído tinha sido em vão. Glauce, então, vivia seu dia-a-dia alheia às coisas, de forma esquizóide. Por fim, aconteceu o fato

que irá desestruturá-la profundamente: o assalto, seguido de aprisionamento e ameaça à sua própria vida.

Ela recebeu um choque que lhe foi demasiado: a depressão se instalou e ela regrediu até um ponto em que a diferenciação entre eu e não-eu estava se estabelecendo. Glauce começou a ter sentimentos paranóides, relatando que achava que as pessoas, de maneira geral, e até a própria mãe, lhe fariam mal. Notamos aí o que pode ser compreendido como colapso do falso self e o medo de que o próprio núcleo do self seja atacado. Em termos da teoria de desenvolvimento de Winnicott (1955), a afirmação do eu traz consigo a expectativa de perseguição da coisa que é “não-eu”. A coisa que é “não-eu” é uma coisa nova, sentida como separada e rejeitada pelo bebê, que se sente infinitamente exposto frente a ela. Nesse momento, o bebê precisa do suporte materno para sustentar o Eu Sou, de acordo com Winnicott (1955).

No caso de Glauce, provavelmente durante seu desenvolvimento houve uma falha ambiental nesse período de afirmação do Eu Sou. Por esse motivo, quando houve o assalto, sua psique regrediu até esse estágio. Mais trágico é que sua mãe novamente não conseguiu dar suporte suficiente, apesar de tê-la acolhido em sua casa. Glauce foi obrigada, com os restos da sanidade que conservara, a procurar ajuda, primeiramente indo atrás de um psiquiatra e, posteriormente, procurando a psicoterapia individual e grupal.

Glauce, quando veio à oficina terapêutica, já não estava tão regredida. O pensamento paranóide já estava mais atenuado. Contudo, havia momentos em que esse tipo de pensamento estava ativo. Por isso, eu previa que haveria muito trabalho a ser feito.

Winnicott (1954) sustenta que, muitas vezes, o paciente espera uma oportunidade para poder regredir e, a partir daí, reconstituir seu self:

*“Podemos incluir em uma teoria do desenvolvimento do ser humano a idéia de que é normal e saudável para o indivíduo poder defender o self contra uma falha específica do ambiente através de um **congelamento da situação** . Junto a isso temos a suposição (que pode se transformar em uma esperança consciente) de que haverá uma oportunidade vindoura de uma outra experiência, na qual a situação de falha será descongelada e revivida, estando o indivíduo em um estado regredido, e em um ambiente que propicie a adequada adaptação. Essa teoria, então, formula a hipótese de que a regressão é uma parcela do processo de cura.”* (Winnicott, 1954, p. 281- o grifo é do autor)

A oficina, portanto, teria que ser um ambiente terapêutico em que a situação de falha poderia ser revivida. Ela deveria também ser um ambiente que se adaptasse às necessidades da paciente, permitindo que ela retomasse o desenvolvimento do seu verdadeiro self.

Neste ponto, a oficina de arranjos florais, baseado no estilo livre de Mokiti Okada, tornou-se uma oportunidade para Glauce reconstituir seu self. Na verdade, Glauce, como indica Safra (1994), tinha muitos aspectos do seu self que não chegaram a evoluir e a se simbolizar. Para pacientes desse tipo, há *“a necessidade de encontrar um objeto que possa promover a evolução dos aspectos do self que não chegaram a encontrar inscrição na*

*relação com um outro, condição necessária para pôr em marcha o processo de simbolização necessária”.* (Safra, 1996, p. 143).

Por esse motivo, havia a necessidade da apresentação de objetos, fenômeno descrito por Winnicott (1949) como o fornecimento pela mãe ao bebê do objeto necessitado no momento em que ele está pronto para encontrar algo, mas que sempre pode ocorrer em outros estágios de nossa vida, à medida que alguém traz um elemento que abre possibilidades de experiência para si e para o outro.

Através desse fenômeno, o bebê entra no terreno do que Winnicott (1951) nomeou como ilusão: bebê acredita que “criou”, o que já estava para ser encontrado. A partir dessa experiência, ele acredita que pode criar e habitar um mundo que contém o necessitado e o desejado.

Essa perspectiva winnicottiana, segundo Lins (1996), coloca a ilusão e não mais a representação como a origem da vida psíquica. Essa autora assinala também que essa consideração faz nos *“levar em conta os objetos reais na gênese do self”* (Lins, 1996, p. 117). A mesma revela que essa perspectiva teórica faz a ilusão prevalecer sob a representação, criando novo paradigma.

Vemos, então, que os objetos reais têm uma função fundamental na constituição do self. Safra (1996) afirma:

*“O indivíduo pode encontrar o estilo de seu self presentificado por um objeto, por um objeto, por uma coisa. Aqui a coisa é entendida como uma forma no campo da sensorialidade, um intrincamento de significados e articulações simbólicas. Estamos falando do reconhecimento de si mesmo no mundo simbólico, os objetos da cultura são parte deste mundo simbólico. O encontro com o objeto da cultura que presentifica o estilo de ser de um determinado indivíduo é também estabelecido pelo reconhecimento de si no objeto assinalado pela experiência estética.”* (Safra, 1996, p.144)

No caso da oficina terapêutica, a flor é um objeto que é apresentado ao paciente. Ele a utiliza de acordo com seu desejo, o que ocorreu com Glauce. Por vezes, a própria flor se impõe ao paciente, que acaba pegando uma flor que não intencionava usar. Glauce usava algumas flores, alguns materiais para confeccionar seu vaso e reconhecia no objeto confeccionado aspectos de si mesma, mesmo que o resultado final fosse diferente da concepção original que tinha do arranjo . Realizava, de uma certa forma, o que Langer (1942) chamou de símbolo apresentativo, ou seja, uma articulação simbólica de sua subjetividade por meios plásticos que apresentam uma concepção. Os símbolos apresentativos, diz Safra (1996) são de natureza sintética, confrontando-se com símbolos discursivos, que são essencialmente analíticos<sup>63</sup>.

---

<sup>63</sup> No pensamento junguiano a imagem tem um caráter sintético diferentemente da palavra. Esclarece Humbert (1985): *“Observando a eficácia do mito, somos levados a pensar que a imagem é essencialmente um esquema organizador e que é falso querer aplicar-lhe o gênero significante/significado que é válido para a palavra.”*(Humbert, 1985, p.8)

É interessante que os arranjos se tornavam, para Glauce, símbolos representativos de seu self, vinculando conteúdos que antes para ela eram inconscientes. Por esse motivo, acredito que, do ponto de vista junguiano, os arranjos são expressão da função transcendente, a qual sintetiza elementos conscientes e inconscientes em um novo símbolo<sup>64</sup>.

Importante notar que Glauce e outros integrantes do grupo reconheciam o estilo particular da paciente, comentavam sobre o arranjo, notavam as mudanças ocorridas, associavam os arranjos feitos com situações vividas ou por viver, ou com sentimentos. Como indica Safra (1996):

*“Os símbolos representativos veiculam o sentir, o ser, o existir: elementos que, por sua natureza, exigem o uso de símbolos que preservem a complexidade da experiência. Por esta razão, podemos dizer que eles não representam, mas sim apresentam uma determinada experiência de sentir, existir ou ser; poderíamos chamá-los de símbolos do self”.* (Safra, 1996, p.72)

Winnicott sustenta que uma cobra não é necessariamente um símbolo fálico, mas pode ser um *“símbolo do self inteiro do bebê tal como representado no corpo e nos movimentos corporais que são característicos do período próximo ao nascimento.”* (Winnicott, 1975)

*Essa visão, acredito eu, é próxima à visão junguiana que critica a interpretação freudiana dos símbolos que tenderia ao automatismo que ele chamou de semiótico. No exemplo da cobra, Jung critica a interpretação freudiana de que ela representaria sempre um símbolo fálico. Jung afirma, por sua vez, que os verdadeiros símbolos abarcam aspectos ao mesmo tempo conscientes e inconscientes e que sua natureza última é sempre indecifrável. Na hermenêutica junguiana, circum-ambulamos o símbolo, isto é, podemos descrever aspectos dele, mas seu âmago sempre é misterioso e indecifrável. Poderíamos dizer que, na perspectiva de Jung, visto que abarca aspectos conscientes e inconscientes, o símbolo é a expressão do self total do paciente, ou seja, é um símbolo do seu self total.*

Os arranjos de Glauce, portanto, tinham essa qualidade de símbolos do self, de tal modo que veiculavam profundas experiências, apresentando novas maneiras de ser e existir, que foram se transformando no decorrer da oficina. Como coloca Safra (1996), esses símbolos preservam a complexidade da experiência. De um ponto de vista junguiano, os arranjos, à medida que integram aspectos conscientes e inconscientes, ajudavam a diminuir as cisões e polaridades existentes dentro do self de Glauce. Um exemplo típico dessa transformação é o arranjo da foto 2, no qual Glauce pôs apenas um galho. Como ela

---

<sup>64</sup> Essa visão choca-se com a de autores pós winnicottianos, como Safra (1996). Este, analisando a posição de Lévi-Strauss (1967) sobre a eficácia simbólica dos mitos e objetos da cultura na cura de pacientes, critica-o pelo fato de esse autor dizer que os objetos da cultura ultrapassam o estrato consciente e atingem o inconsciente. Safra aprecia e concorda com Lévi-Strauss sobre a questão da eficácia simbólica dos objetos na cura mas, ao mesmo tempo, não concorda com a ênfase que o mesmo dá ao estratos consciente e inconsciente, pois considera que não se está *“lidando com material psíquico reprimido, mas sim com a constituição do self e de suas estruturas psíquicas”* (Safra, 1996, p.70). Do ponto de vista junguiano, porém, apenas o inconsciente pessoal contém um material reprimido, enquanto o inconsciente coletivo, ou psique objetiva, contém aspectos arquetípicos do self, que não são reprimidos.

própria o fez, apresentou no arranjo uma questão existencial de muita importância, ou seja, seu amor pela mãe, apesar de ela não poder retribuir da maneira desejada por Glauce. Frente ao arranjo em que ela coloca flores coladas com durex em dois galhos de trigo, em que Glauce provavelmente apresentou uma afetividade projetada nos pais, vemos uma evolução psicológica notável, com retraimento da projeção e com a conscientização<sup>65</sup> de aspectos que estavam inconscientes. Von Franz (1975) diz que, para Jung, o retraimento da projeção envolve um esforço da consciência em reconhecer os aspectos projetados como conteúdos psíquicos próprios. É interessante pensar que, no caso do arranjo de Glauce, o afeto aparecia projetado sobre pai e mãe. Depois, no segundo arranjo, o afeto, apresentado pelo vaso em formato de coração, era a base do galho, que apresentava a individualidade e a singularidade de Glauce. No próprio discurso dela, o afeto era agora reconhecido como seu.

A mãe deixou, dentro do pensar de Winnicott (1975), de ser um objeto subjetivo e passou a ser um objeto que possa ser usado, um objeto que pertença à área da realidade compartilhada. A mãe não estava mais na área do controle onipotente do sujeito. A partir daí, veio a constatação de que a mãe não a amaria tanto como ela a amava. A mãe deixou de representar um feixe de projeções e passou a caracterizar um ser com desejos de limitações individuais, pertencente à área da realidade compartilhada.

Apesar de estabelecer uma relação melhor com a mãe, vemos que Glauce continuou com dificuldades de se sentir com um eu pessoal ou com um eu social. Um autor que aborda esses conceitos é Alfredo Moffatt<sup>66</sup> (1983), argentino, influenciado por Winnicott e que desenvolveu uma interessante teoria sobre o núcleo do eu<sup>67</sup> e o eu social<sup>68</sup>. Moffatt, explica que o núcleo do eu é *“aquela porção do eu que se encarrega da autopercepção do eu, que é o núcleo de identidade que permanece relativamente estável através do processo da vida, aquela última testemunha interna de nós mesmos, a qual permite organizar o diálogo interno. Este é um elemento de estabilização do eu, que reorganiza a homeostase interna; é o eu no tempo.”* (Moffatt, 1983, p. 71) Apesar de não falar explicitamente o que seria esse eu individual, imaginamos que o que Glauce designava por esse nome correspondia ao conceito de núcleo do eu de Moffatt<sup>69</sup>.

Em complementaridade com o núcleo do eu, Moffatt (1983) postula um eu social, que define desta maneira:

---

<sup>65</sup> Conscientização: apropriação pela consciência de aspectos que estavam inconscientes

<sup>66</sup> Moffatt é autor, do controvertido livro *“Psicoterapia do Oprimido – ideologia e técnica da Psiquiatria popular”*, em que propõe uma psicoterapia baseada nas necessidades do povo, contraposta ao que ele chama de psicoterapia do Sistema. Ele também é autor de outro livro, *“Terapia de Crise-Teoria Temporal do Psiquismo”*, no qual desenvolve a teoria de que *“a consciência é pontual e que a vivência da continuidade do eu é o resultado de uma longa conquista do homem”* (Moffatt, 1983,p.8). Através do tema desse livro, aproxima-se de Winnicott e Bergson.

<sup>67</sup> A noção de núcleo do eu, segundo Moffat (1983), está estreitamente relacionada à noção de verdadeiro self em Winnicott.

<sup>68</sup> A noção de eu social está diretamente ligada à noção winnicottiana de falso self, de acordo com Moffatt (1983).

<sup>69</sup> A noção de núcleo do eu, como eu no tempo, tem um paralelismo com o eu profundo de Bergson, eu da duração.

*“Propomos o conceito de eu social à apresentação da pessoa para os outros, é o eu da ação, diríamos a máscara do eu e diz respeito ao papel social da pessoa, com a pessoa definida pelo olhar dos outros; é o eu, no espaço”.* (Moffatt, 1983, p. 71)

Pelo conceito de máscara do eu, da apresentação da pessoa para os outros, Moffatt se aproxima do conceito junguiano de persona. Sharp (1991) afirma:

*“Originalmente, a palavra persona significava a máscara usada pelos atores para indicar o papel que desempenhavam. Neste nível, é tanto uma capa que protege, quanto uma vantagem no envolvimento com as outras pessoas. As sociedades civilizadas dependem das interações entre as pessoas feitas através da persona”.* (Sharp, 1991, p.119)

No caso de Glauce, vemos que a falta de um eu social, de uma máscara, tornava-a mais vulnerável aos ataques do outro. O fato de ela também sentir ter perdido o eu social dificultava sua apresentação ao mundo, seu contato com o outro. Byington (1998) aponta que um dos problemas referentes à persona seria *“a falta de máscaras para moldar a expressividade do rosto, ou as máscaras defeituosas que deformaram essa expressividade”.* (Byington, 1998, p.20)

Acredito que a falta do senso de eu social de Glauce estava ligado às diversas dificuldades que enfrentara para ter um papel social. Nos últimos anos, ela perdera o papel de esposa, não conseguira um novo papel profissional e quase ficara privada de seu papel como ser vivente. Isso sem contar as perturbações no desenvolvimento do seu eu social, como na tentativa de abuso sexual por familiar, na separação traumática do pai, no período em que esteve morando com Gertrudes, no qual não podia ter amigos ou comentar sua vida com ninguém. O assalto, no caso de Glauce, havia sido o réquiem para o seu eu social, para sua persona.

Apesar de declarar que, na psicoterapia individual, ela havia conseguido recuperar seu eu individual, Glauce falava não ter conseguido resgatar seu eu social. Colocava o espaço da oficina terapêutica, que é grupal, como lugar desse reencontro, de reaquisição de seu eu social. Isso se devia, a meu ver, pelo fato de que o grupo tinha uma função especular para Glauce. Ela identificava-se e, ao mesmo tempo, confrontava seu modo de ser com os de outros integrantes do grupo. As problemáticas comuns eram as de Olinda e Lúcia, duas mulheres que passavam por grandes dificuldades no casamento, como ela mesma havia atravessado. Brigitte, por outro lado, lembrava a época em que Glauce fazia faculdade, seus primeiros tempos como profissional recém-formada. Brigitte também trazia nostalgia dos seus primeiros anos de casamento.

Apesar de os temas serem comuns, havia diferença na forma de enfrentar os problemas. Isso se refletia no estilo dos vasos e arranjos feitos por elas. Nota-se nos arranjos de Olinda e Glauce, por exemplo. Olinda sempre confeccionava vasos hiperlaborados com materiais sofisticados, como o papel microndulado. Também fazia arranjos com flores de tamanho maior. Glauce, nesse período construía os vasos com materiais mais simples, como o papel celofane e o crepom. Seu estilo era, para ela mesma, infantil. Como havia dito no início, tivera uma regressão. Em termos de persona, havia

assumido sua máscara infantil, o que se refletia em seu próprio arranjo. Isso correspondia a que seu próprio self havia regredido a uma posição infantil. Os vasos de Glauce tinham mais semelhanças aos de Brigitte, uma jovem mulher que tentava se afirmar num meio ambiente social, profissional e familiar machista e pouco afetivo. Seu estilo era de feitura de arranjos e vasos pequenos. Outra paciente que tinha o estilo próximo ao de Glauce era Lúcia, uma mulher que atravessara sua vida de forma muito solitária. Lúcia costumava fazer vasos um pouco mais elaborados que os de Glauce, mas muitas vezes com apenas uma flor. Já Olinda havia experimentado problemas menos sérios, ligados mais à questão da afirmação do verdadeiro self em alguns períodos da infância e pós-casamento. Seus problemas, portanto, eram bem mais leves do que os dos outros integrantes do grupo.

Acredito que, por esse motivo, sua produção se mostrava mais elaborada. É interessante notar que, depois de cerca de um ano e meio de trabalho na oficina, Glauce faz um vaso com papel microondulado e com as flores do tamanho grande. Logo, todos os integrantes do grupo dizem que esse vaso parece com o de Olinda. Glauce admite que se inspirou na maneira dela para fazer seu vaso. Ela disse, inclusive, que fizera o vaso intencionalmente parecido com o de Olinda, porque agora ela poderia aceitar sugestões do outro. Fala que, antes, não seria capaz de aceitá-las.

Vale observar que, nessa mesma sessão, Olinda fez um vaso não tão elaborado e com um arranjo floral simples. Contou-nos que se baseou em Glauce para fazer o arranjo. Através desse fato, vemos que havia, por parte de Glauce e Olinda, uma percepção mútua de seus estilos. Naquele momento do grupo, ambas estavam maduras para tentarem aproximar-se do estilo de sua companheira de grupo.

Outro fator importante foi a possibilidade de Glauce começar a usar vasos já prontos. Ela mesma notou que isso era um avanço para ela, poder aceitar algo que o outro oferecia já pronto. No início, usou o vaso que eu havia trazido de outra oficina; posteriormente, consegue usar um vaso que Teresa havia feito.

Como eu havia mencionado anteriormente, de início se estabelece entre Tereza e Glauce uma relação forte. Ambas atuavam como se fossem mãe e filha uma da outra, a ponto de Teresa quase determinar como Glauce deveria fazer o vaso<sup>70</sup>. Além disso, Teresa, com seu calor humano, apresentava-se à Glauce como uma mãe afetiva. Isso ajudou Tereza a sentir-se acolhida, sustentada.

É importante frisar que Teresa tinha um estilo de fazer o arranjo semelhante ao de Olinda, refinado. Geralmente, elaborava vasos e arranjos sóbrios. Um dia, ela fez um vaso com cartolina microondulada azul e fita da mesma cor. Esse vaso era bastante sóbrio. Glauce o aproveita e o transforma num vaso festivo, de estilo mais infantil. Notamos que o vaso traz a cor azul, geralmente associada ao masculino. Teresa tinha tido uma vivência com masculino que não havia sido feliz. Seu pai, seu marido e seu filho não haviam sido afetivos com ela. Por isso, talvez Teresa tenha feito o vaso azul de maneira bastante sóbria. Por outro lado, Glauce fez um vaso bastante festivo sobre a base azul. Imaginei que ela, através desse ato, estivesse tentando ressignificar o masculino, confrontando-o com cores que, tradicionalmente, estão ligadas ao feminino como o vermelho e o roxo.

---

<sup>70</sup> Nessa ocasião tive que intervir e lembrar-lhes que a criação de cada arranjo tinha que ser individual.

É interessante notar que Teresa tinha uma filha com idade próxima à Glauce. Tereza tinha uma atitude afetiva e respeitosa quanto à independência da filha enquanto mulher, apesar de não gostar do namorado dela. Tereza não intervinha no seu namoro, o que talvez tenha representado outro fator de aproximação de Glauce a ela. Suponho que, através do vaso, Glauce apresentasse um corpo masculino investido de afeto feminino, corpo masculino ao qual a mãe permitia aproximação e elaboração. Glauce começou seu processo terapêutico na oficina fazendo arranjos com flores de cores claras, predominantemente amarelo e branco. Ela mesma relatava a dificuldade de lidar com cores mais fortes, principalmente o vermelho e o rosa. Contava que até gostava dessas cores, porém na adolescência havia abandonado essa preferência, devido a um fato desagradável. Provavelmente, apesar de ela não esclarecer claramente no grupo a ocorrência, o episódio estava ligado à tentativa de abuso sexual que sofrera na adolescência, à qual se referiu na anamnese.

Essa dificuldade de constituição como ser sexuado esteve presente durante toda vida de Glauce e piorou com a separação e a crise após o assalto. Aos poucos, ela voltou a estabelecer contato com as flores de cores avermelhadas que apresentavam vivências e fantasias relacionadas à sexualidade. Voltou, portanto, a tentar se constituir como ser sexuado. Nesse ponto, o caso de sua sobrinha relatado anteriormente mostra uma identificação de Glauce com ela. A sobrinha é uma figura ambivalente, ao mesmo tempo sexual e frágil, assim como Glauce. Glauce se sentia menos sexualizada que a sobrinha; porém, o fato de ela ter feito um vaso tão bonito e ter uma identificação com o feminino mostrava o desejo de ela se reconstituir como mulher. Trazia também o desejo de relacionar-se novamente com o masculino.

Por último, Glauce fez um arranjo com elementos adultos e infantis, como ela própria comentou. Ela relata que as flores pequenas *“tinham a ver com seu lado infantil”* (sic). Ela as colocou e, no final, as tirou, porque achou que não ficam harmônicas com as flores maiores. Foi a última participação de Glauce na oficina. Ela contou que estava decidindo desenvolver sua atividade profissional novamente, todos os dias da semana.

Ao deixar a oficina, Glauce não apresentou maior emoção, falou de forma relativamente neutra que não participaria mais dela. Parece ter conseguido constituir uma persona madura e ter saído de seu estado regressivo. Mostrou, através do arranjo, sua evolução de uma persona infantil para uma outra mais adulta e todo o processo revelou como ela foi reconstituindo em novas bases o seu self.

O processo de Glauce na oficina mostra uma paciente emocionalmente perturbada e regredida encontrando um ambiente terapêutico que a acolhe e que oferece uma nova chance para o seu desenvolvimento. Essa regressão se deu até o estágio de constituição dela como ser separado da mãe. Como assinaléi anteriormente, a regressão chegou até o ponto da separação do eu e do não-eu. Nesse estágio, Glauce se encontrava exposta à perseguição do objeto, daí seu estado paranóide. Ela tem, pois, que reviver pai e mãe como objetos subjetivos, através das flores. Nesse período Glauce vive o tempo subjetivo. Essa fase serve para ela como reconstituição de sua experiência da duração, da continuidade do seu ser. Depois de cerca de seis meses do início do seu tratamento na oficina terapêutica, Glauce conseguiu colocar-se como ser separado da mãe, através da apresentação de um objeto que traz essa concepção. Passa, então, a constituir uma realidade compartilhada, a ver a mãe como um objeto distinto de si própria. Passa também a aceitar o “não-eu”, o outro que

surge a partir dessa experiência. Vemos que a aceitação do outro é gradativa: concomitantemente, Glauce brinca, de forma transicional, com os vasos de outras pessoas. Ela também experimenta uma relação transferencial com outra pessoa do grupo, que é uma pessoa acolhedora e permissiva ao mesmo tempo. Através da permissividade de Teresa, Glauce permitiu-se constituir novamente como um ser sexuado e, ao mesmo tempo, ganhou força para se confrontar com o masculino. Por último, Glauce, a partir do desenvolvimento do seu self, passa a poder se reinserir no meio profissional e social. Nesse momento, quando a regressão foi superada, ela abandonou, sem maiores apegos, o ambiente da oficina, que inicialmente havia sido muito importante para ela.

## Perspectivas Futuras

O âmbito da aplicação da oficina terapêutica de arranjos florais é amplo. Já trabalhamos com pacientes de diferentes patologias como psicóticos, borderlines, portadores de seqüelas neurológicas e neuróticos. Atuamos, também, com pacientes de diferentes faixas etárias, da infância à terceira idade. Ocupamo-nos, ainda, de pacientes de diferentes graus de desenvolvimento intelectual, desde portadores de deficiências intelectuais graves até pessoas que alcançaram o ensino pós-universitário. Em relação à classe social, lidamos com uma ampla gama que vai do menino de rua até pacientes de classe média alta. Com todos esses tipos de público, notamos melhoras terapêuticas, transformações, encontro de novas significações para a vida e para o ser.

O campo da oficina terapêutica como tratamento psicológico é novo e fascinante. Quase diariamente tenho a possibilidade de ver pessoas que se encontram comigo, com seus colegas e as flores. Elas estabelecem, a partir desse relacionamento, novas perspectivas para o seu ser e sua vida. Por esse motivo, tenho o desejo de continuar pesquisando de forma mais profunda essa modalidade de atendimento. Porém isso não é tarefa fácil. A própria Nise da Silveira relutou muito em escrever sobre sua rica experiência neste tema. Ela só o fez tardiamente, quando estava na casa dos setenta anos. A partir de sua extraordinária contribuição, foi que imaginei um dia poder atuar como psicoterapeuta de pacientes psicóticos. Contudo, a minha experiência não seria uma repetição da sua. Pude agregar a sua contribuição outras tais como a de Mokiiti Okada, que com seu estilo deu uma identidade a nossa oficina. Além disso, incluímos Laing, Jung e Winnicott no campo de uma psicologia que valoriza antes de tudo a subjetividade do paciente. No campo da filosofia, sempre de forma contrária ao positivismo, contei com o apoio da filosofia oriental, de Bergson, e da fenomenologia, principalmente a de Merleau-Ponty.

Notamos que a feitura do vaso do arranjo é uma experiência na qual o paciente pode se expressar criando uma nova articulação com o mundo, novos significados, que o ajudam em sua evolução como indivíduo. A partir de todo o processo de fazer o arranjo e de seu produto final, o paciente encontra um novo sentido para diversas coisas que vivenciou e ressignificou. Essa experiência, ao meu ver, está de acordo com a presentificação de diferentes estados do self dos pacientes, conceito que abordei nesse estudo de forma lateral e não-sistemática. Acredito que o estudo sobre o self, sua constituição e desenvolvimento, é um ponto capital que deverá ser abordado de diferentes maneiras pelos que se interessam pelo tema. Esse trabalho deverá analisar as diferentes escolas que utilizam o conceito, principalmente a winnicottiana e a junguiana. Aponto para a contribuição de Jung e Winnicott dada a originalidade e importância de ambas.

Esse diálogo foi iniciado pelo próprio Winnicott (1963, 1970). Ele foi um dos poucos psicanalistas a citar favoravelmente Jung em relação a temas como individuação e self. Winnicott teve como interlocutor Michael Fordham, psicólogo analítico inglês, e um dos pioneiros da psicoterapia infantil junguiana. Foram amigos próximos e reconheceram a influência e a proximidade de seus pontos de vistas. Winnicott (1967) reconheceu, em palestra ao clube 1952, uma sociedade de psicanalistas britânicos mais antigos, que o teórico que mais se aproximou de sua noção de psicose foi Fordham, principalmente na questão das ansiedades impensáveis. Fordham (1998), por outro lado reconheceu que a

influência pessoal e científica de Winnicott em sua vida e carreira foi fator preponderante, só sendo inferior à de Jung. Ambos estavam dispostos ao diálogo. Winnicott (1954), em carta resposta (11/06/1954) a uma resenha que Fordham escrevera sobre seu artigo a respeito da posição depressiva, elogia o cuidado que o mesmo teve em ler seu texto:

*“Foi extremamente gentil da sua parte me escrever com calma. Sempre sinto admiração por pessoas como você, que realmente parecem ler os ensaios de outras pessoas; é que com muita freqüência adio a leitura de qualquer coisa que esteja próxima do meu tema, pela ligeira distorção que isso ocasiona no desenvolvimento de idéias originais. Quando publico algo, porém, gosto de ler o que há a respeito.”* (Winnicott, 1990, p.65)

Em outra carta (24/06/1965), mostra a proximidade de algumas idéias e observações suas com as de Fordham, no tocante ao tratamento de crianças psicóticas;

*“Ainda acho que precisamos continuar tentando enunciar o que pretendemos fazer quando tratamos de uma criança psicótica. De certo modo, seu tema era uma continuação do tema que abordei, alguns meses atrás, no mesmo recinto, quando falei de psicoterapia em termos de duas pessoas em colisão. Acho que estamos todos percebendo os mesmos problemas, e é isso que torna a coisa tão interessante.”* (Winnicott, 1990, p.129)

Winnicott (1964) reconhece o importante papel de Jung no estabelecimento do conceito de self:

*“Self não é um termo psicológico, mas uma palavra que todos nós usamos, e é possível que Jung tenha contribuído mais do que Freud o fez para uma compreensão do que ela significa ou pode significar.”*

Fordham teve um papel importante no desenvolvimento das idéias de Winnicott (1964) sobre o self, o que esse autor confirma:

*Foi o próprio Fordham que me fez reconhecer, com um choque que eu estava utilizando as palavras **self** e **ego** como sinônimos, o que, não são e não podem ser, uma vez que self é uma palavra e ‘ego’ uma expressão a ser usada por conveniência com um significado sobre o qual se concordou.”* (Winnicott, 1994, p.371)

Winnicott, nesse mesmo texto, reconhece o cuidado que os junguianos devotam à idéia de self e conclama os psicanalistas a aprenderem com os primeiros o que puderem neste campo. Em outro trecho, Winnicott (1983) declara, sobre o problema do self:

*“Incidentalmente, quero me referir à revisão muito interessante de Michael Fordham do conceito de self como aparece nos trabalhos de Jung. Fordham escreve: ‘O fato geral permanece, que a experiência primordial ocorre na solidão’.”* (Winnicott, 1983, p.172)

Entre os autores junguianos, as idéias winnicottianas sobre o self também tiveram ressonância, principalmente na escola desenvolvimentista<sup>71</sup> da psicologia analítica, liderada por Fordham. Solomon (1999) afirma que as influências de Winnicott atingiram muitos analistas dessa escola. Entre essas influências, podemos colocar, a origem biológica do self, a visão do self se desenvolvendo na relação com o outro, o papel da ilusão e do brincar no desenvolvimento da capacidade do self de criar e imaginar, a questão do verdadeiro e falso self, entre outras.

Verificamos, então, que Winnicott e Fordham mantiveram intenso diálogo sobre o self, chegando a ponto de se influenciarem mutuamente em suas formulações teóricas. Proponho então a continuidade do estudo dos conceitos sobre o self dessas duas escolas, a junguiana e a winnicottiana. Acredito estar em posição privilegiada para retomar esses estudos, pois, apesar de ter formação junguiana, estou em contato com o pensamento winnicottiano por participar da Oficina Ser e Fazer, do Instituto de Psicologia da USP. Esta oficina, que desenvolve a psicoterapia a partir do uso de materiais mediadores a partir de uma perspectiva winnicottiana, desenvolve intensa reflexão teórica, além de propiciar o desenvolvimento de práticas psicoterápicas renovadoras.

---

<sup>71</sup> Segundo Samuels (1999), há três grandes escolas no pensamento pós-junguiano: a clássica, a arquetípica, e a desenvolvimentista. Alguns autores das escola desenvolvimentista também foram influenciados por Winnicott, como por exemplo Frankel, autor do livro *“The adolescent psyche: Jungian and Winnicottian perspectives”*.

## Referências bibliográficas

- Abe, K. e Kawamura, T. **Arte e criação no estilo Ikenobo**. São Paulo: Aliança Cultural Brasil-Japão, 1994.
- Abram, J. **A linguagem de Winnicott**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- Amarante, P. D. “Asilos, Alienados, Alienistas: Uma pequena história da Psiquiatria no Brasil”, in Amarante, P. D. (org.), **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- Amarante, P. D. **O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- Amarante, P. D. **Loucos pela Vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- Barros, D. D. **Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste**. São Paulo: Lemos e Edusp, 1997.
- Basaglia, F. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- Basaglia, F. **Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.
- Beauchesne, H. **História da psicopatologia**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- Bergson, H. (1907) **A evolução criadora**. Rio de Janeiro: Opera Mundi, s. d.
- Bergson, H. (1903) **Creative mind: an introduction to metaphysics**. Nova Jersey: Totowa, 1975.
- Bergson, H. (1889) “Essai sur les données immédiates de la conscience”. In H. Bergson **Oeuvres**. Paris: PUF, 1991.
- Bergson, H. (1939). **Matéria em Memória: Ensaio sobre a relação do corpo com o espírito**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- Bleger, J. **Psicologia da conduta**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- Bleger, J. **Temas de Psicologia: Entrevistas e Grupos**. São Paulo: Martins Fontes, 1980.
- Byington, C. A. **Estrutura da Personalidade: Persona e Sombra**. São Paulo: Ática, 1988.
- Campbell, J. **As máscaras de Deus: mitologia oriental**. São Paulo: Palas Athenas, 1994.
- Capra, F. **O Tao da Física: um paralelo entre a física moderna e o misticismo oriental**. São Paulo: Cultrix, s. d.
- Chamusca, V. S. **Em busca do tempo que não se perdeu**, dissertação de mestrado. São Paulo: FEUSP, 2000.
- Coelho Jr., N. C. e do Carmo, P. S. **Merleau-Ponty: filosofia como corpo e existência**. São Paulo: Escuta, 1991.

-Coelho Jr. N. C. **O visível e o invisível em psicoterapia: a filosofia de Merleau-Ponty penetrando a prática clínica**, dissertação de mestrado. São Paulo: PUC, 1988.

-Davis, M. e Wallbridge, D.- **Limite e espaço: Uma introdução à obra de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

-De Leonardis, O. “Decostruzione, innovazione: strategie cognitive della deistituzionalizzazione”. In: **La pratica terapeutica tra modello clínico e riproduzione sociale (AAVV)**. Pistoia: Cooperativa Centro Documentazione Editrice, 1987.

-De Mazzieri, A. R. **Nem tudo é exílio – Reflexões sobre a criatividade no processo psicoterápico de pacientes psicóticos**, dissertação de mestrado: São Paulo, PUC, 1999.

-Deleuze, G. **Bergsonismo**. São Paulo, ed. 34, 1999.

-Felt, J. W. “Intuition, event-atomism and the self” .In Papanicolau, A. C. e Gunter, P. A. Y. **Bergson and modern thought**. Chur: Harwood, 1987

-Fordham, M. **Freud, Jung, Klein: the fenceless field**. Londres e Nova Iorque: Routledge, 1998.

-Foucault, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

-Frankel, R. **The adolescent psyche: Jungian and winnicottian perspectives**. Nova Iorque e Londres: Routledge, 1998.

-Franz, M. L. V. **Alquimia- Introdução ao simbolismo e psicologia**. São Paulo: Cultrix, 1980.

-Freud, S. (1910), “As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica”, in **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

-Fundação Mokiti Okada (edição). **Luz do Oriente**. São Paulo: Fundação Mokiti Okada, 1982.

-Fundación MOA de Okinawa. **Hombre, flor e sentimiento**. México: Pan-American Foundation, s. d.

-Goffman, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

-Gomes, W. B. “A Entrevista Fenomenológica e o Estudo da Experiência Consciente” in W. B. Gomes (org.) **Fenomenologia e Pesquisa em Psicologia**. Porto Alegre, editora da universidade UFRGS, 1998.

-**Grande enciclopédia Larousse cultural**, vários autores. São Paulo, Nova Cultural, 1998.

-Groesbeck, C. G. “A imagem arquetípica do médico ferido”, in **Junguiana 1: Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica, 1983.

-Guggenbühl-Craig, A. **O abuso do poder na psicoterapia e na medicina, serviço social, sacerdócio e magistério**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1978.

- Gullar, F. **Nise da Silveira: Uma Psiquiatra Rebelde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará e Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, 1996.
- Hammitzch, H. **O zen na arte da cerimônia do chá**. São Paulo, Pensamento, s. d.
- Hegel, G. W. “Preleções sobre a história da filosofia” In J. C. Souza (seleção de textos e supervisão) **Os pré-socráticos**. São Paulo: Nova Cultural, 2000.
- Humbert, E. **Jung**. São Paulo: Summus, 1985.
- Humbert, E. G. “Prólogo”. In P. Solié, **Mitanálise Junguiana**. São Paulo: Nobel, 1985.
- Husserl, E. **Meditações cartesianas: introdução à fenomenologia**. Porto: Rés, s. d.
- Iwao, S. (org.). **Biographical Dictionary of Japanese History**. Tóquio: Kodansha, 1978.
- Jaspers, K. **Strindberg et Van Gogh**. Paris: Minuit, 1953.
- Jung, C. G. (1954), “A função transcendente”, in C. G. Jung **Obras Completas**, Vol. VIII/2. Petrópolis: Vozes, 1984.
- Jung, C. G. (1958), “A esquizofrenia”, in C. G. Jung **Obras Completas**, Vol. III. Petrópolis: Vozes, 1986.
- Jung, C. G. “A Vida simbólica”. In C. G. Jung **Obras Completas**, Vol. XVIII/1. Petrópolis: Vozes, 1997.
- Jung, C. G. (1946), “Considerações teóricas sobre a natureza do psíquico”, in C. G. Jung **Obras Completas**, Vol. VIII/2. Petrópolis: Vozes, 1984.
- Jung, C. G. **Memórias, sonhos e reflexões**, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, sem data.
- Jung, C. G. (1912). **Metamorfoses e símbolos da libido**. Leipzig e Viena: Franz Deuticke, 1912.
- Jung, C. G. “O Arquétipo como Referência Especial ao Conceito de Anima” in C. G. Jung **Obras Completas**, vol. IX/1. Petrópolis, Vozes, 2000.
- Jung, C. G. (1928), “O eu e o inconsciente”, in C. G. Jung **Obras Completas** Vol.VII/2. Petrópolis: Vozes, 1984.
- Jung, C. G. (1964), **O homem e seus símbolos**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, sem data.
- Jung, C.G (1928), “On psychic energy. In **Complete Works**, Vol. 8. Princeton: Princeton University Press, 1953-1979
- Jung, C. G. “Prefácio ao Livro de Koenig – Fachsenfeld: ‘Wandlungen Des Traumproblems Von Der Romantik Biss Sur Gegenwart’”. In C. G. Jung **Obras Completas** Vol.XVIII/2. Petrópolis: Vozes, 2000.
- Jung, C. G. (1943), “Psicologia da alquimia”. In C. G. Jung **Obras Completas**, vol. XII, Petrópolis: Vozes, 1991.

- Jung, C. G. (1954), "Symbols of Transformation", in C. G. Jung **Complete Works**, Vol. 5. Princeton: Princeton University Press, 1953-1979.
- Jung, C. G. (1934) "Sobre os arquétipos do inconsciente coletivo". In C. G. Jung, **Obras completas**, Vol. IX/1. Petrópolis: Vozes, 2000.
- Kerényi, K. "Asklepios archetypal image of the physician's existence". In **Bolingen Series LXV-3**. Pantheon Books, 1959.
- Kraepelin, E. **Lectures on clinical psychiatry**. Londres: Baillière, Tindall e Cassel, 1905.
- Kuhnen, R. F. "Heráclito de Éfeso: Dados biográficos". In J. C. Souza (seleção de textos e supervisão) **Os pré socráticos**. São Paulo, Nova Cultural, 2000.
- La Fleur, W. R. Resenha de "Ikkyu and the Crazy Cloud anthology: a zen poet of medieval Japan". Chanoyu Quarterly, number 55. Quioto: Urasenke Foundation, 1988.
- Laing, R. D. **A política da experiência e a ave-do-paraíso**. Petrópolis: Vozes, 1978.
- Laing, R. D. **A voz da experiência: experiência, ciência e psiquiatria**. Petrópolis: Vozes, 1988.
- Laing, R. D. **O eu dividido: estudo existencial da sanidade e loucura**. Petrópolis: Vozes, 1978.
- Laing, R. D. **Sobre loucos e sãos: entrevista a Vincenzo Caretti**. São Paulo: Brasiliense, 1982.
- Laing, R. D. **The self and the others**. Londres: Tavistock, 1961.
- Lalande, A. **Vocabulário Técnico e Crítico de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Langer, S. (1942), **Philosophy in a new key**. Cambridge-Massachusetts: Harvard University Presses, 1976.
- Lewin, B. D. "Inferences from the dream screen". International Journal of Psycho-Analysis, 29, 1948.
- Lins, M. I. A. "A ilusão e o uso criativo de objetos". In I. F. M. Catafesta **D.W Winnicott na Universidade de São Paulo**. São Paulo: Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1996.
- Maria Abdo e Luciana. "Arranjo Floral". In N. Silveira (coord.), **Casa das Palmeiras: a emoção de lidar - uma experiência em psiquiatria**. Rio de Janeiro, Alhambra, 1986.
- Masanobu, K., "Modern Ikebana", in **Kodansha Encyclopedia of Japan**, Vol. 2. Tóquio, Kodansha, 1983.
- Merleau-Ponty, M. **Merleau-Ponty na Sorbonne: resumo de cursos**. Campinas: Papirus, 1990.
- Merleau-Ponty, M. **Phénoménologie de la perception**. Paris, Gallimard, 1945.

- Merleau-Ponty. **Résumés de Cours**. Paris, Gallimard, 1968.
- Migliorini, W. J. M. “Função transcendente – definição e papel na interpretação”. In *Junguiana 15 – Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica*. São Paulo. Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica, 1997.
- Milner, M. (1952) “O papel da ilusão na formação simbólica”, in **A loucura suprimida do homem são**. Rio de Janeiro, Imago, 1991.
- Moffatt, A. **Psicoterapia do Oprimido: Ideologia e Técnica da Psiquiatria Popular**. São Paulo, Cortez, 1983.
- Moffatt, A. **Terapia de Crise: Teoria Temporal do Psiquismo** São Paulo, Cortez, 1983.
- Nicácio, F. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: Desconstrução de saberes, instituições e cultura**, tese de mestrado. São Paulo: PUC, 1994.
- Nova Enciclopédia Barsa, Macropédia**, Vol.3, Vários colaboradores, Encyclopaedia Britannica do Brasil Publicações, São Paulo, 1999.
- Okada, M. (1952) “A dialética da harmonia”. In Okada, M. **Alicerce do Paraíso**. Atami: MOA Internacional, s. d.
- Okada, M. **Antología Poética de Mokichi Okada**. México: Pan-American Foundation, s. d.
- Okada, M. (1953) “Coletânea de ensinamentos número 20”. In Okada, M. **Ensinamentos a respeito da reestruturação do Sanguetsu**. Mimeo, s. d.
- Okada, M. **Daikorin – The flower arrangements of Mokichi Okada**. Atami, MOA Foundation, 1998.
- Okada, M. **El mundo de la belleza**. Lima, Pan – American MOA Foundation inc., s/d.
- Okada, M. “Novamente a respeito de Bergson”. In Okada, M. **Alicerce do Paraíso**. Atami: MOA Internacional, s. d.
- Okada, M. (1949) “Tempo é Deus”. In M. Okada **Alicerce do Paraíso**. Atami, MOA Internacional, s. d.
- Okada, M. **Textos de aprimoramento sobre Zuiun-Kyo**. São Paulo: Associação Mokiti Okada do Brasil, s/d.
- Okada, M. **Textos mimeografados**. Mimeo, s/d.
- Ongaro-Basaglia (org) **Scritti Basaglia (1953-1968): dalla psichiatria fenomenologica a all’esperienza di Gorizia**. Turim: Einaudi, 1981.
- Ongaro-Basaglia, F. “L’itinerario di Franco Basaglia attraverso suoi scritti”. In *Sapere*, Nov.-Dez. 1982.
- Pasqualle, E. (junho 1988) **Anotações do Depoimento sobre a assistência psiquiátrica italiana**.

- Pedrosa, M. **Arte, Necessidade Vital**. Rio de Janeiro: Casa do Estudante do Brasil, 1949.
- Pedrosa, M. **Arte, forma e personalidade**. São Paulo: Kairós, 1979.
- Pedrosa, M. Coleção **Museus brasileiros II**. Rio de Janeiro: Funarte, 1980.
- Pessanha, J. A. M. “Bergson: vida e obra”. In H. Bergson **Cartas, conferências e outros escritos**. São Paulo, Abril Cultural, 1979.
- Pichon-Rivière, E. **O Processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1982.
- Pichon-Rivière, E. **Teoria do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1982.
- Pilgrim, R. B. Resenha de “The unfettered mind: writings of the zen master to the sword master”. In **Chanoyu Quaterly**, number 54. Quioto, Urasenke Foundation, 1988.
- Plaut, F. **Reflections about Not Being Able to Imagine**. J. anal. Psychol., 11.
- Prefeitura Municipal de São Vicente, Plano Municipal de Saúde (1998-2001). São Vicente, Secretaria da Saúde, 1997.
- Ribeiro, I. P. e Soares, M. S.- **Projeto de Atenção em Saúde Mental- A construção da cidadania no município de São Vicente**. Mimeo, Serviço de Saúde de São Vicente (SESASV), 1996.
- Ricoeur, P. **Oneself as another**. Chicago e Londres: The University of Chicago Press, 1992.
- Rotelli, F. Et alli, “Desinstitucionalização, uma outra via”, in F. Nicácio **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.
- Safra, G., “A Vassoura e o divã”, in *Percurso*, ano IX, número 17. São Paulo, Instituto Sedes Sapientiae, 1996.
- Safra, G. “Experiência estética na constituição da transicionalidade” in I. F. M. Catafesta (org.) **D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo**. São Paulo, Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo, 1996.
- Safra, G. **A face estética do self**. São Paulo: Unimarco, 1999.
- Samuels, A. “Introduction: Jung and the post-jungians”. In P. Young-Eisendrath e T. Dawson **The Cambridge companion to Jung**. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
- Scarcelli, I.R. **O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo (1989-1992)**, Dissertação de Mestrado. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1998.
- Shimizu, Y. “Calligraphy” in **Kodansha Enciclopedia of Japan**, Vol. 1. Tóquio, Kodansha, 1983.
- Silveira, N. (coord.) **Casa das Palmeiras – A emoção de lidar – Uma experiência em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Alhambra, 1986.
- Silveira, N. **Imagens do inconsciente**. Rio de Janeiro: Alhambra, 1982.

- Silveira, N. **O mundo das imagens**. São Paulo: Ática, 1992.
- Solomon, H. M. "The developmental school". In P. Young-Eisendrath e T. Dawson **The Cambridge Companion to Jung**. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
- Sparnon, N. "Traditional Ikebana". In **Kodansha Encyclopedia of Japan**, Vol. 2. Tóquio, Kodansha, 1983.
- Teixeira, M. O. L. "Nascimento da Psiquiatria no Brasil" In A. T. Venâncio, E. M. Leal e P. G. Delgado (orgs.) **O campo da atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia e Te Cora Editora, 1997.
- Trevisan, R. M. **Bergson e a educação**. Piracicaba, Unimep, 1994.
- Uyehara, A. M. "Modern Ikebana". In **Kodansha Enciclopédia of Japan**. Tóquio: Kodansha, 1983.
- Vaisberg, T. M. J. A., Correa, Y. B., Ambrósio, F. F., "Encontros brincantes: O uso de procedimentos apresentativo-expressivos na pesquisa e na clínica winnicotiana.", in **Anais do IX Encontro Latino Americano sobre o pensamento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro, Págs. 331-341, 2000.
- Van den Berg, J. H. **The phenomological approach to psychiatry**. Londres, Routledge e Kegan Paul, 1955.
- Von France, M. L. (1975). **C. G. Jung: Seu Mito em nossa época**. São Paulo, Cultrix, s/d
- Winnicott, C.; Sheperd, R. e Davis M. (orgs.) "Terapia física do transtorno mental: terapia de convulsão". In Winnicott, C.; Sheperd, R. e Davis M. (orgs.) **D. W. Winnicott: explorações psicanalíticas**. Porto Alegre,: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D.W. "A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências". In D.W Winnicott **O bebê e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1967), "A localização da experiência cultural". In D. W. Winnicott **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1941) "A observação de bebês numa situação pré-estabelecida", in D. W. Winnicott **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.
- Winnicott, D. W. "A psychotherapeutic consultation", in **A criança portuguesa** 21.
- Winnicott, D.W. (1952), "Ansiedade associada à insegurança". In D. W. Winnicott **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves , 1993.
- Winnicott, D. W. (1954), "Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting analítico". In D. W. Winnicott **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**". Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

-Winnicott, D. W. (1964) “C. G. Jung: Resenha de Memories, Dreams, Reflections”. In C. Winnicott, R. Sheperd e M. Davis **Explorações Psicanalíticas**. Petrópolis: Vozes, 1994.

-Winnicott, D. W. (1963) “Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos”, in **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

-Winnicott, D. W. (1964) “D. W. W sobre D. W. W”. In C. Winnicott, R. Sheperd, M. Davis. **D. W. Winnicott: Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

-Winnicott, D. W. (1945), “Desenvolvimento emocional primitivo”, in **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

-Winnicott, D. W. (1960), “Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self”, in **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

-Winnicott, D.W (1960), “Ego Distortion in terms of true and false self”, in **The maturational processes and the facilitating environment**. Londres: Karnac Books, 1990.

-Winnicott, D. W. (1970) “Individuação”. In C. Winnicott, R. Sheperd e M. Davis. **D. W. Winnicott: Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

-Winnicott, D. W. “O brincar – A atividade criativa e a busca do eu (self)”, in **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

-Winnicott, D. W. **O Gesto Espontâneo**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

-Winnicott, D. W. (1964/1968), “O Jogo do rabisco [Squiggle Game]”, in Winnicott, C. (org.), **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

-Winnicott, D. W. (1954), “Metapsychological and clinical aspects of regression within the psycho-analytical set-up”. In D. W. Winnicott **Collected Papers: Trough Paediatrics from Psycho-Analysis**. London: Tavistock, 1958.

-Winnicott, D. W. (1965), “New Light on children thinking”. In **Psycho-analytic Explorations**, Londres, Karnac Books, 1989.

-Winnicott, D. W. (1945), “O pensar e o inconsciente”. In D. W. Winnicott **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

-Winnicott, D. W. (1951), “Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais”. In D. W. Winnicott **O brincar e a realidade** Rio: Imago, 1975.

-Winnicott, D. W. “Terapia Ocupacional”, in C. Winnicott, R. Sheperd e M. Davis “**D. W. Winnicott: Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

-Winnicott, D. W. (1958), “The Capacity To Be Alone”. In D. W. Winnicott **Maturational Processes and The Facilitating Environment**. Londres, Hogarth press e Instituto de Psicanálise, 1965.

-Winnicott D. W. “The theory of the parent-infant relationship”. In D. W. Winnicott **The maturational process and the facilitating environment**. Londres: Karnac Books.

-Winnicott, D. W. (1961), “Tipos de psicoterapia”. In D. W. Winnicott **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

-Winnicott, D. W. (1963) “Treinamento para psiquiatria de crianças”. In D. W. Winnicott **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

-Winnicott, D. W. (1942), “Why children play”, in D. W. Winnicott **The child, the family and the outside world**. Londres: Penguin Books, 1991.