

CONTRIBUIÇÕES DE FREUD E WINNICOTT PARA A COMPREENSÃO DA PSICOSE: UMA REFLEXÃO COM FOCO NO PSICODIAGNÓSTICO



<https://doi.org/10.22533/at.ed.559122530054>

Data de aceite: 02/07/2025

Patrícia Simões Sena Soares

Mestra em Psicologia pela Universidade Ibirapuera-UNIB. Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUCSP. Docente da graduação em Psicologia na universidade de Guarulhos

Paula Ferreira de Araujo Carvalho

Doutoranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo-UMESP. Mestra em Qualidade de Vida e Desenvolvimento sustentável pelo UNIFAE. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas/MG (UNIFAL). Professora da graduação em Enfermagem da Faculdade Anhanguera de Poços de Caldas/MG

Cássia Maria Dias

Doutoranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo-UMESP. Mestra em Ciências da Saúde e graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de São João Del-Rei/MG (UFSJ). Professora da graduação em Enfermagem na Faculdade Anhanguera de Poços de Caldas/MG

Michelle Fonseca do Lago

Doutoranda e mestra em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo-UMESP. Graduada em Psicologia pela Faculdade Pitágoras de Poços de Caldas/MG. Professora da graduação em Psicologia na Faculdade Anhanguera de Poços de Caldas/MG

Andriele Franco Pereira

Doutoranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo-UMESP. Mestra em Psicologia da Saúde pela PUCMG. Graduada em Psicologia pela Faculdade Pitágoras de Poços de Caldas/MG. Coordenadora da graduação em Psicologia na Faculdade Anhanguera de Poços de Caldas/MG

Cristiane Fernandes

Mestra em Qualidade de Vida e Desenvolvimento Sustentável pelo UNIFAE. Graduada em Psicologia pela Faculdade Anhanguera de Poços de Caldas/MG. Professora da rede pública do município de Poços de Caldas/MG e psicóloga clínica

Alexsandro Brito dos Santos

Doutorando em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo-UMESP.
Mestre em Psicologia pela Universidade Ibirapuera de São Paulo/SP. Graduado em
Psicologia pela Universidade de Guarulhos (UNIFIG). Professor da graduação em
Psicologia no centro universitário ENIAC

André Gomes Vieira

Mestrando em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo-UMESP.
Graduado em Psicologia pela FAM

Daniel Lisboa Soares

Especialista em Gestalt-terapia (Sedes Sapientiae). Pós em Logoterapia e Análise
Existencial (Instituto Freedom). Graduado em Psicologia. Professor da graduação em
Psicologia na Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU), Professor convidado em cursos
de pós-graduação (UNICSUL)

Cristiano de Jesus Andrade

Doutor e Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo -
UMESP. Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário das Faculdades Associadas
de Ensino de São João da Boa Vista-UNIFAE. Professor permanente do PPG em
Psicologia da Saúde da UMESE

RESUMO: Ainda que de maneira incipiente, reconhecendo o avanço da ciência, mas acentuando a contribuição dos estudos psicanalíticos, o sujeito da psicose, antes tratado como aquele que deveria ser excluído da sociedade, segregado, rompido nas suas condições sociais, deixou de ser objeto de investigação e determinação meramente médica para ser compreendido em termos da sua singularidade. Com base nesta reflexão, a partir de uma pesquisa bibliográfica explicativa, o artigo busca realizar uma análise acerca das contribuições de Freud e Winnicott para compreensão das principais características que abarcam a psicose. Diante dos achados de ambas as teorias, considerando as proposições dos autores citados, vê-se que ambos contribuíram significativamente para a clínica da psicose, deixando diretrizes norteadoras para quem dessa prática se apropria.

PALAVRAS-CHAVE: Psicose; Psicanálise; Freud e Winnicott.

INTRODUÇÃO

Clinicamente falando, no que toca a realização de um psicodiagnóstico, de modo geral o profissional que se vale da psicanálise como embasamento em sua prática, necessita de atenção para compreender de modo singular os fatores inerentes ao consciente, bem como os advindos do inconsciente para realização de um diagnóstico, salienta Hegenberg (2004), pois demanda do terapeuta a capacidade de distinguir aquilo que pertence a ele mesmo (juízo de valor) e o que se refere ao outro. Destaca-se portanto, a importância fundamental de um diálogo significativo, oriundo da relação existente entre terapeuta-paciente (transferência-contratransferência).

Cabendo então ao profissional saber lidar com esse “suposto saber” e buscar o equilíbrio máximo para não se perder nas divagações dialógicas mentais nem de se prender a normas e manuais “sagrados” aos olhos de muitos clínicos. A situação se compara a uma balança: se não houver cautela, um dos extremos sempre prevalecerá e, conseqüentemente, o outro estará desnivelado. De fato, é um caminho árduo e que exige esforço; entretanto, nada mais é do que o exercício da própria prática clínica.

Vieira (2001) cita três razões nas quais se faz necessário o uso do diagnóstico: 1) - para existir comunicação, trocas e transmissão de informações; 2) - para que seja possível obter uma opinião coerente que atribua um relativo poder ao que se analisa; 3) - o diagnóstico possibilita adquirir orientações importantes para se ter uma ideia de como agir e administrar a terapia.

Sua prática, no entanto, não é tão simples quanto sua definição. Haja vista que a polêmica é saber como respeitar o universo do indivíduo e classificá-lo noutro universo de diagnósticos previamente estabelecidos. Vieira afirma que “[...] por mais que se busque preservar a singularidade, a atribuição de um diagnóstico é necessariamente a atribuição de um juízo de valor que incorpora o sujeito a uma classe” (2001, p. 171).

Mas seria isso justo? Correto? Ético? São perguntas que freqüentemente atravessam a prática psicológica. De fato, temos de admitir que o diagnóstico é um problema para o psicanalista, e que todo diagnóstico, inevitavelmente, é uma classificação. Vieira (2001, p. 171) chega à seguinte conclusão: “[...] percebemos então que no diagnóstico há sempre um aspecto de objetivação do sujeito que consolida o peso do eu em detrimento da flutuação subjetiva”.

Desse modo, o profissional que utiliza o diagnóstico como ferramenta de trabalho deve considerar a limitação dessa ferramenta, já que ela não é capaz de oferecer uma análise desprovida de erro ou vieses, assim como deve não se deixar confundir com discussões e divagações que defendem uma ruptura filosófica com o diagnóstico. Contudo, o que se tem visto é uma devoção aos manuais e aos compêndios psicopatológicos, sem que haja qualquer espaço para uma perspectiva subjetiva do indivíduo. Compreendendo assim que principalmente quem atua no atendimento de pessoas com o diagnóstico de transtorno psicótico precisa ter conhecimento aprofundado do tema, assim como vivência na prática clínica e/ou institucional, além de possuir clareza quanto sua visão de humano. Deste modo, a realização deste trabalho se justifica. Uma vez que tal reflexão de caráter explicativo busca ampliar o olhar dos profissionais acerca dos elementos inerentes a psicose na visão de dois autores psicanalistas, ou seja, Freud (o percussor da psicanálise), compreendido como um dos maiores compreensores do inconsciente e Winnicott (pioneiro da psicanálise não edipiana), lembrado quase sempre por sua rica contribuição para análise da relação mãe-bebê. Contudo, esta pesquisa se propõe a descrever suas principais contribuições para a clínica psicanalítica, bem como visa suprir uma lacuna existente nas produções acadêmicas no que concerne as contribuições winnicottiana para o atendimento de pessoas psicóticas.

Diante de tal reflexão, o objetivo deste trabalho é realizar uma análise acerca das principais contribuições deixadas por Freud e Winnicott para a compreensão da Psicose, para tanto, busca-se identificar as divergências e convergências em suas preposições teóricas.

Para fins de compreensão, inicialmente será desenvolvida uma breve reflexão acerca da construção do conceito, bem como as influências que o mesmo sofreu ao longo da história. A posteriori, serão esplanadas as ideias de Freud e Winnicott inerentes a questão.

A PSICOSE NA PERSPECTIVA HISTÓRICA

Os fenômenos que envolvem a chamada loucura, hoje compreendida como psicose, desde a antiguidade fomentam especulações, provocam controvérsias entre os estudiosos, questão que se coloca de modo abrangente e que prossegue no decorrer da história até os dias atuais, sendo objeto de investigação tanto da área médica como da psicanálise. O termo *psicose* foi introduzido pelo saber psiquiátrico em meados do século XIX, para substituir o vocábulo *loucura*.

Para a psiquiatria, segundo Roudinesco e Plon (1998), o sujeito da psicose era concebido como aquele que se organiza em torno da ideia de alienação e perda da razão. Retomado por Freud como um conceito a partir de 1894, o termo foi primeiramente empregado para designar a reconstrução inconsciente, por parte do sujeito, de uma realidade delirante ou alucinatória. *A posteriori*, inscreveu-se no interior de uma estrutura tripartite, na qual se diferencia da neurose, por um lado, e da perversão, por outro (ROUDINESCO; PLON, 1998).

As psicoses opuseram-se, portanto, às neuroses e foram categorizadas em três grandes formas modernas da loucura: esquizofrenia, paranóia e psicose maníaco-depressiva.

Sendo assim, hoje, ainda que de maneira incipiente, reconhecendo o avanço da ciência, mas acentuando a contribuição dos estudos psicanalíticos, o sujeito da psicose, antes tratado como aquele que deveria ser excluído da sociedade, segregado, rompido nas suas condições de laços sociais, deixou de ser objeto de investigação e determinação meramente médica para ser compreendido em termos da sua singularidade.

MÉTODO

Para alcançar o objetivo deste trabalho, considerou-se apropriado utilizar do método de pesquisa bibliográfica, a qual busca explicar um problema a partir de referenciais teóricos publicados em documentos. “[...] Busca conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado existentes sobre um determinado assunto, tema ou problema” (CERVO; BERVIAN, 1983, p. 55). Para tanto, inicialmente foi realizado o levantamento bibliográfico, classificando o material selecionado, ou seja, os textos encontrados através

de buscas nas bases digitais Scielo, Pepsic e Bireme, além de livros relativos a temática. Seqüencialmente, efetuou-se o teste do instrumento para levantamento das informações, realizando leituras de algumas obras para ampliar o campo de pesquisa. Nesta fase, o objetivo era compreender se as obras escolhidas eram suficientes para encontrar as respostas esperadas. Por fim, levantaram-se as informações propriamente ditas - tratou-se do percurso e do trabalho despendido na busca pelas fontes de pesquisa e do resumo da busca das obras cabíveis a temática a serem abordadas.

Depois de selecionar todo o material de pesquisa, organizá-lo e interpretá-lo, finalmente chegou-se na análise explicativa, ou seja, na interpretação e na compreensão dos textos escolhidos, contextualizando-os de modo a integrá-los com o objetivo de estudo. Por fim, na última fase, a síntese integradora – buscou-se apresentar as respostas encontradas para o objetivo da pesquisa e gerar material para apresentação em forma de resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados serão apresentados em duas etapas, a priori, abordaremos a psicose no olhar de Freud e seqüencialmente a perspectiva de Winnicott acerca da temática.

A PSICOSE NA COMPREENSÃO DE FREUD

Para analisar a psicose na perspectiva Freudiana e a título de oferecer uma leitura complementar sobre ambas as modalidades de estruturação, neurose e psicose, já que é preciso distingui-las para que se possa chegar a uma compreensão sobre a especificidade da psicose, faz-se necessário abordar o que concerne à neurose, ainda que de forma breve.

Para Roudinesco e Plon (1998) o termo neurose, conceituado por Freud a partir de 1893, é empregado para designar uma doença nervosa cujos sintomas simbolizam um conflito psíquico recalcado, de origem infantil.

Freud (2007) propõe, ao longo de suas formulações, algumas semelhanças e diferenças entre a psicose e a neurose e anuncia, em se tratando da diferença genética, que a neurose seria o resultado de um conflito entre o Ego e o Id, ao passo que a psicose seria o resultado de uma perturbação nas relações que o Ego mantém com o mundo externo. Desta forma, na neurose, o Ego seria dependente da realidade e reprimiria uma parcela do Id (isto é, de um setor da vida pulsional), enquanto na psicose, o Ego, colocando-se a serviço do Id, afastar-se-ia de uma parte da realidade.

Embora tenha relacionado a perda da realidade à psicose, Freud concluiu empiricamente, que também nas neuroses há uma perturbação na relação do sujeito com a realidade. A neurose, segundo Freud, tanto pode servir como meio de se afastar

da realidade como, nas formas mais graves, propicia uma verdadeira fuga da vida real. Assim, o autor caracteriza a entrada na neurose no momento em que o Ego, obedecendo à realidade, opõe-se às exigências pulsionais intoleráveis. E pontua: “o recalque em si não configura uma neurose propriamente dita, mas sim os processos que buscam obter uma compensação pela parte danificada do Id, ou seja, é o recalque, seguido do seu posterior fracasso, que constitui a neurose.” (FREUD, 2007, p. 127).

A PSICOSE

Com relação à psicose, Freud propõe uma distinção entre duas fases quando argumenta que:

[...] primeiro, o Ego seria arrastado para longe da realidade e, em seguida, para reparar o dano, restabelecer-se-ia, então, uma nova relação com a realidade à custa do Id. A segunda fase da psicose, a qual reside também em uma reparação, tem a intenção de contrabalançar a perda da realidade, mas não à custa de uma restrição do Id, e sim à custa do relacionamento com a realidade. Contudo, a via utilizada é bem diversa daquela da neurose. Na psicose, manifesta-se uma onipotência, que reside na criação de uma nova realidade que não mais cause o mesmo impacto que a realidade abandonada causava. (FREUD, 2007, p. 128).

No que tange aos mecanismos de defesa empenhados na tentativa de afastar algum conteúdo indesejável, Freud afirma que enquanto na neurose a fuga é o mecanismo utilizado como forma de evitar uma parte desagradável da realidade, na psicose essa parte é ativamente reconstruída. Lembra o autor que essa tentativa de fuga na neurose ocorre posteriormente à obediência inicial e esclarece: “[...] a neurose não renega a realidade, ela somente não quer tomar conhecimento dela; a psicose renega-a e procura substituí-la.” (FREUD, 2007, p. 128-129).

O mesmo salienta que o trabalho de reconfiguração da realidade realizado pela psicose opera sobre os traços de memória, as representações e os juízos que são os precipitados psíquicos por meio dos quais a realidade se fazia representar no mundo psíquico. A relação com a realidade, segundo o autor, é continuamente enriquecida e modificada por novas percepções, portanto, nunca se encerra.

Conforme Freud assinala, a psicose também se ocupa de providenciar percepções que estejam em sintonia com a nova realidade, o que o faz pela via da alucinação. O autor entende que tal remodelação se processa sobre forças que estão em intensa oposição mútua, por se tratar de situações que geram fortes reações de medo e apresentam-se de modo extremamente doloroso, como as que ocorrem em muitos casos de psicose, que são as ilusões de memória, os delírios e as alucinações. E pontua que “[...] é provável que em ambos os quadros os resultados sejam os mesmos: na psicose é a parte rejeitada da realidade que tenta se reimpor ao mundo psíquico, enquanto na neurose quem o tenta é a pulsão recalçada.” (FREUD, 2007, p. 129).

Segundo suas formulações:

Tanto para a neurose como para a psicose, deve ser considerada não somente a questão da perda da realidade, mas também a da substituição da realidade. Via de regra, a neurose se contenta em evitar determinada parte da realidade e busca se proteger de um eventual encontro com ela. Contudo, essa diferença aparentemente nítida entre neurose e psicose é atenuada pelo fato de que também na neurose não faltam tentativas de substituir a realidade não desejada por uma que esteja mais em sintonia com seus desejos. Essa possibilidade é dada pela existência do mundo da fantasia, uma área que, quando da instauração do princípio da realidade, foi apartada do mundo externo real e desde então poupada das duras exigências impostas pelas necessidades da vida. (FREUD, 2007, p. 129).

Guerra (2010) retoma a questão da diferença entre neurose e psicose reafirmando que, na neurose, o conteúdo aflitivo é recalcado (ou mandado para o inconsciente, onde produz, dinamicamente, derivados), sendo este recalque das exigências pulsionais. E o recalcado retorna, de maneira substitutiva, sob a forma de sintoma, seja no corpo, no pensamento, na forma de angústia. A autora alega que há, porém, um laço simbólico que liga a formação sintomática ao conteúdo originalmente recalcado, diferentemente do que ocorre na psicose, já que nesta é um fragmento intolerável da realidade que é rejeitado e substituído pelo delírio. Na neurose, por seu turno, as exigências pulsionais recalçadas são substituídas pela satisfação obtida com a fantasia inconsciente.

A autora cita Freud discutindo a paranóia em seus primeiros rascunhos, quando a toma como um modo patológico de defesa, sendo ela resultante de um radical mecanismo de defesa inconsciente. Guerra (2010) salienta em seu artigo uma passagem teórica em que Freud concebe o aparelho psíquico como sendo alimentado pelo afeto, investido nas representações e explica que as representações das coisas são aquelas que se encontram como registro no sistema inconsciente. Do investimento energético nas representações que as coisas ganham no aparelho psíquico, somado ao investimento das representações das palavras, constitui-se a representação do objeto, utilizada pelo pensamento lógico, consciente e racional, e pela linguagem. Expõe, ainda, uma análise em que Freud considera que na esquizofrenia haveria um superinvestimento nas representações das palavras como forma de suprir a não inscrição das representações das coisas no inconsciente. Logo, as palavras são tomadas como coisas.

Para Freud (2007), o mundo interno é uma cópia do mundo externo que teria a função de representar internamente a realidade externa. O mesmo revela que na psicose o Eu cria onipotentemente um novo mundo externo e interno, de modo que, primeiro, esse novo mundo é erguido conforme os desejos do Id, e, segundo, a razão para a demolição do mundo externo são os duros impedimentos que a realidade impõe à satisfação do desejo. Para o autor, o psicótico anula determinada parte da realidade incompatível com seus desejos porque sente tais impedimentos como insuportáveis.

Freud (2007) entende que outras formas de psicose, como as esquizofrenias, tendem a resultar em um embotamento afetivo, isto é, na perda do interesse em participar do mundo externo. No que se refere à gênese das formações delirantes, o autor sustenta que o delírio se apresenta como um remendo aplicado no lugar onde originalmente havia surgido uma fenda no relacionamento do Eu com o mundo externo. Para o mesmo, esse conflito com o mundo externo só não é mais evidente devido ao fato de que, no quadro mórbido das psicoses, as manifestações da tentativa de cura e reconstrução frequentemente se sobrepõem às manifestações do processo patológico. O autor ressalta que, embora existam diferenças entre neuroses e psicoses, tanto na irrupção de uma psiconeurose como de uma psicose, a etiologia comum é a mesma:

[...] a privação, a não-realização de algum daqueles desejos da infância, sempre indomáveis e tão profundamente enraizados na nossa organização psíquica filogeneticamente predeterminada. O efeito patológico dessa privação dependerá do Eu. É preciso saber se, em uma situação de tensão causada por um conflito, ele permanece fiel à sua dependência do mundo externo e tenta silenciar o Id ou se ele se deixa subjugar pelo Id e, dessa forma, desgarra-se da realidade. (FREUD, 2007, p. 97).

Guerra (2010) acrescenta que o que é vivido como traumático, como afetivamente intenso pelo psicótico, não ganha uma representação capaz de favorecer o escoamento energético ou a vinculação desse excesso a uma ideia, a uma representação. Como Freud sustentou, a autora defende que as palavras são reais e que na psicose o eu rejeita a representação incompatível juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido.

Para Freud, segundo uma leitura de Hermann (2010), a etiologia da paranóia estaria ligada a uma estimulação precoce da sexualidade, que causaria um impacto traumático no psiquismo infantil. De acordo com o mesmo autor, Freud concebe as alucinações como fragmentos advindos das experiências infantis.

Hermann (2010) aborda em seus escritos o momento em que Freud compara a etiologia do sintoma na neurose obsessiva com a paranóia sublinhando que nesta última o retorno do reprimido se dá pelo caminho da projeção, visto que o sintoma de desconfiança dos outros significa uma proteção contra o retorno do reprimido quando aparecem as ideias delirantes. Conforme o autor pontua, na compreensão de Freud esses pensamentos retornam em voz alta, provocando uma dupla desfiguração: uma censura acarreta a substituição por outros pensamentos associados ou seu encobrimento ocorre por modos mais ou menos precisos de expressão, referidos a vivências recentes, análogas às vivências infantis.

Quando fazia uma reflexão em torno do processo de constituição da neurose e da psicose, Freud lançou a hipótese de que o desligamento da libido não ocorre exclusivamente na paranóia, nem tampouco tem as mesmas consequências desastrosas. Para ele, é provável que um desligamento da libido seja o mecanismo essencial e regular de toda

repressão, mas adverte que é preciso conhecer mais profundamente outras perturbações que tenham como base a repressão. Contudo, afirma: “na vida mental normal (e não apenas em períodos de luto), estamos constantemente desligando nossa libido, desta maneira, de pessoas ou de outros objetos, sem cairmos enfermos”. (FREUD, 1996, p. 79). Para o autor, a evidência clínica demonstra que na paranóia a libido, após ter sido retirada do objeto e encontrar-se, por isso mesmo, liberada, vincula-se ao ego e é utilizada para o engrandecimento deste. Faz-se assim um retorno ao estágio do narcisismo (conhecido como estágio do desenvolvimento da libido), no qual o único objeto sexual de uma pessoa é seu próprio ego.

Segundo Freud (1996), as pessoas que não se libertaram completamente do estágio do narcisismo – que, equivale a dizer, têm nesse ponto uma fixação que pode operar como disposição para uma enfermidade posterior – acham-se expostas ao perigo de que alguma vaga de libido excepcionalmente intensa, não encontrando escoadouro, possa conduzir a uma sexualização de seus instintos sociais e desfazer assim as sublimações que haviam alcançado no curso de seu desenvolvimento. Para o autor, as análises apontam que os paranóicos se esforçam por proteger-se contra esse tipo de sexualização de suas catexias sociais instintuais, o que o leva a supor que o ponto fraco em seu desenvolvimento deve ser procurado em algum lugar entre os estádios de auto-erotismo e narcisismo e que sua disposição à enfermidade deve estar localizada nessa região.

Segundo Guerra (2010), nos artigos metapsicológicos que escreve em torno de 1915, Freud desdobra a discussão do lugar da palavra na esquizofrenia e propõe uma diferenciação entre esquizofrenia e paranóia: na primeira, há uma fixação na posição autoerótica, que não pressupõe a unidade imaginária e simbólica do corpo. O sujeito vive, primordialmente, uma relação auto-erótica com o corpo, obtendo prazer a partir de seus pontos de satisfação (zonas erógenas); enquanto na paranóia, há uma fixação no narcisismo primário, que exige uma ação psíquica para que o corpo ganhe a consistência de uma unidade e o sujeito possa investir nele como um objeto. Quando esse processo ocorre o eu se conforma como primeiro objeto de investimento libidinal. A partir daí, pode investir em outros objetos do mundo externo (narcisismo secundário).

Ao concordar que na paranóia a fixação libidinal está no estado do narcisismo, Quinet (1990) argumenta que a regressão se dá a esse ponto de fixação do narcisismo e que a frustração é a não-satisfação de uma pulsão homossexual.

Guerra (2010) amplia a compreensão que Freud inaugurou esclarecendo que na esquizofrenia, com o mecanismo de defesa que a constitui, a libido (ou afeto) que foi retirada não procura um novo objeto e refugia-se no eu. Conforme a autora aponta, os investimentos nos objetos são abandonados e a consequência é o restabelecimento de uma primitiva condição de narcisismo de ausência de objeto. A libido retorna para o corpo que, nesse caso, não encontra o apoio simbólico de uma imagem de unicidade e, então, a experiência se desenrola em relação a um corpo despedaçado. Para a mesma

autora, a incapacidade de transferência desses pacientes (até onde o processo patológico se estende), sua consequente inacessibilidade aos esforços terapêuticos, seu repúdio característico ao mundo externo, o surgimento de sinais de um hiperinvestimento do seu próprio eu, o resultado final de completa apatia – todas essas características clínicas parecem concordar plenamente com a suposição de que seus investimentos objetivos foram abandonados.

Ora, se o processo patológico não estendeu demasiadamente a ponto de provocar um embotamento afetivo, indica que há possibilidade de estabelecer uma relativa conexão com o psíquico que instaure uma progressiva construção de um mundo interno/psíquico, um pouco mais integrado. Até porque, conforme Freud (1996) chama a atenção para uma ressalva, não se pode asseverar que um paranóico, mesmo no auge da repressão, retire completamente seu interesse do mundo externo – como se julga ocorrer em alguns outros tipos de psicose alucinatória. Para ele, o paranóico percebe o mundo externo e leva em consideração quaisquer alterações que nele possam acontecer, e o efeito que aquele lhe causa estimula-o a inventar teorias explanatórias. Parece-lhe, portanto, mais provável que a relação alterada do paranóico com o mundo deva ser explicada levando-se em conta a perda de seu interesse libidinal.

Repensando a concepção inicial de Freud, que sustentava a inviabilidade do tratamento psicanalítico das psicoses por acreditar que não haveria possibilidade de se configurar uma transferência, importa assinalar o ponto em que Guerra (2010) coloca a retomada de Freud sobre a questão, que é o momento no qual ele reconsidera a sua postura propondo uma modificação do método psicanalítico, adaptado à linguagem e às condições de funcionamento das psicoses.

A PSICOSE NA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA

A psicose, para Winnicott (2011b), se refere a um distúrbio de natureza psicológica, mas não se identifica à psicose. Segundo o autor, as pessoas cuja estrutura psíquica culmina na formação de uma psicose são aquelas não sadias o bastante para serem psiconeuróticas. Apresenta a seguinte definição:

O termo psicose pode ser visto como uma designação popular para a esquizofrenia, a psicose maníaco-depressiva e a melancolia com complicações mais ou menos paranóides. A psicose representa uma organização das defesas, e por trás de toda defesa organizada há a ameaça de confusão, que constitui na verdade uma ruptura da integração. Sendo assim, a psicose propriamente dita seria indicativa de um distúrbio nas primeiras fases do desenvolvimento emocional, permanecendo o cérebro intacto. (WINNICOTT, 2011b, p. 89-90).

Winnicott (2011a) explica que o processo maturacional impulsiona o bebê a relacionar-se com objetos, no entanto, isso só pode ocorrer efetivamente quando o mundo

é apresentado ao bebê de modo satisfatório. Ou seja, o mundo como satisfatório para o bebê seria quando a mãe consegue funcionar como um agente adaptativo, capaz de apresentar o mundo de forma a que o bebê comece com um suprimento da experiência de onipotência, que constitui o alicerce apropriado para que ele, depois, entre em acordo com o princípio da realidade.

Ampliando esse assunto para a doença mental e para a saúde mental do adulto, o autor afirma que na doença esquizóide, o estabelecimento de relações objetais fracassa: “o paciente se relaciona com um mundo subjetivo ou malogra em se relacionar com qualquer objeto fora do *self*. A onipotência é assegurada através de delírios.” (WINNICOTT, 2011a, p. 13). A este modo, acredita-se que na forma de estruturação psicótica pode haver uma falha no agenciamento das funções parentais no que tange ao processo relacional entre a mãe e o bebê e à experiência deste enquanto ser, o que depende, sobretudo, desta relação.

Para Winnicott (2011a), ao contrário das pessoas que jamais se desapontaram enquanto bebês, aquelas que sofreram experiências traumáticas, provenientes de decepções com o ambiente, e que necessitam carregar consigo perpetuamente as lembranças do estado em que se encontravam no momento do desastre, são candidatas a levar vidas tempestuosas e tensas e talvez candidatas a desenvolver doença mental.

Dias (1999), em seu artigo apresentado à um simpósio em saúde mental infantil, sintetiza os estudos de Winnicott assinalando a ênfase de sua teoria e a contribuição dela para os fundamentos da psicanálise em sua execução com a clínica da psicose. Para a autora, a contínua observação de bebês e suas mães forneceu à Winnicott uma evidência, que foi decisiva em seu desenvolvimento teórico, de que os bebês, mesmo os fisicamente saudáveis, podiam adoecer logo nos primeiros momentos da vida. Sendo assim, vê-se logo que, para Winnicott, esse período mais primitivo da vida é preponderante considerando a extrema dependência do bebê, que pode ou não encontrar as bases para um desenvolvimento saudável, o que equivale dizer que os meios estruturantes na formação do psiquismo dependem, majoritariamente, de um ambiente que lhe forneça cuidados suficientemente bons.

Dias (1999) aponta que quando se refere a refletir com o apoio de Winnicott, os distúrbios estão relacionados com as dificuldades no estabelecimento da relação peculiar do bebê com a mãe no estágio inicial. Além disso, segundo a autora, a observação paralela de bebês e psicóticos mostrou a Winnicott que o amadurecimento emocional, nos seus estágios primitivos, refere-se exatamente aos mesmos fenômenos que aparecem no estudo da esquizofrenia adulta e nos estados esquizóides em geral.

Winnicott revela que, essencialmente, essas dificuldades dizem respeito à constituição do si mesmo (*self*) como identidade e ao contato com a realidade externa. Nos bebês, elas estão relacionadas à sua extrema imaturidade; nos psicóticos, porque se perderam em algum ponto da longa jornada que leva à maturidade. Desse modo, o estudo profundo de um sujeito esquizóide de qualquer idade transforma-se em um estudo profundo

do amadurecimento inicial do mesmo (WINNICOTT apud DIAS, 1999). Para a autora, a teoria que Winnicott elaborou para tratar sobre os distúrbios psíquicos, em especial sobre a psicose, tem como base a teoria do amadurecimento pessoal. Apoiada nas concepções winnicottianas a mesma afirma: “Segundo a teoria do amadurecimento pessoal, todo ser humano é dotado de uma tendência inata ao amadurecimento e à integração em uma unidade e isso é a sua herança mais importante.” (DIAS, 1999, p. 16). A autora acrescenta, ainda, que, embora inata,

[...] Trata-se de uma tendência e não de uma determinação. Uma vez que a tendência é dada, mas os caminhos pelos quais ela se realiza ou os descaminhos pelos quais se perde são inteiramente indeterminados: a tendência ao amadurecimento pode ou não vir a realizar-se. Tendo em vista que para que o amadurecimento prossiga, o bebê depende da presença de um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons. Sendo assim, torna-se notória a importância dos cuidados ambientais. No início, a dependência do bebê em relação à mãe é absoluta e esta deve poder adaptar-se de forma também absoluta às necessidades do bebê. Trata-se de necessidades de ser. (DIAS, 1999, p. 16).

A autora faz uma colocação relevante ao observar que o amadurecimento, segundo as formulações de Winnicott, não diz respeito nem ao biológico nem ao pulsional ou mental, mas ao que é especificamente pessoal: ao sentimento de ser, de ser real, de existir em um mundo real. Ela enfatiza que a concepção ou o nascimento biológico por si só não garantem ao sujeito estar e sentir-se vivo, o que só é significado se ele experimentar o sentimento de um eu, se conseguir estabelecer relações sentidas como reais e habitar em um mundo real. O que supõe que tão pouco importa que as estruturas biológicas e cerebrais estejam dadas e intactas, ainda assim, o processo de alcançar a vida pode falhar.

Pensando a teoria de Winnicott, Dias (1999) declara que, embora fisicamente saudáveis, há bebês que morrem porque não encontram desde o começo uma base para ser, para continuarem vivos, sendo. Há outros que não necessariamente morrem: eles são persuadidos “a alimentar-se e a viver ainda que a base para esse viver seja débil ou mesmo ausente” (WINNICOTT apud DIAS, 1999, p. 16). Para a autora, desde o início, o problema fundamental do homem consiste em chegar a existir, o que supõe que essa conquista, onde radica a problematicidade da vida humana, não é realizada pelos psicóticos, cujos distúrbios são derivados dos estágios mais precoces da vida. Suas dificuldades e problemas, “não fazem parte da vida, mas sim da luta para alcançar a vida [...]” (WINNICOTT apud DIAS, 1999, p. 100).

Para Dias (1999), uma das maiores contribuições de Winnicott ao estudo da natureza humana e à psicanálise é a sua descrição minuciosa do que se passa com o bebê nos estágios iniciais do amadurecimento, que se inicia em algum momento após a concepção. Sob a ótica da teoria winnicottiana ela explica que:

Nesses estágios, o bebê está em estado de não-integração, não sabe da existência de si mesmo ou do mundo, não tem objetos e não habita no corpo. Aos poucos, com a ajuda do ambiente, ele fará conquistas básicas que se constituem em fundamentos da personalidade: a integração no tempo e no espaço, o alojamento da psique no corpo e o início do contato com os objetos. Paralelamente, o si mesmo está sendo constituído como identidade. Se o ambiente falha em fornecer as condições facilitadoras para que o amadurecimento siga seu próprio curso, o bebê fracassa na realização das conquistas iniciais. Quando há um padrão de falhas ambientais, o bebê sofre um trauma. Nesses casos, há interrupção do processo de amadurecimento pessoal. Uma cisão da personalidade se estabelece e uma organização defensiva se arma para evitar o retorno da experiência traumática. Tudo isso ocorre em um momento em que o bebê ainda não é um eu estruturado. Esse é o caso das psicoses. O indivíduo continua a crescer, física e intelectualmente, mas a integração em um cerne pessoal não pode ser realizada. (DIAS, 1999, p. 16-17).

Sintetizando a teoria winnicottiana, a autora conclui que, na concepção de Winnicott, o distúrbio psíquico não é uma entidade nosológica, constitucional ou adquirida, localizada dentro do indivíduo, mas um distúrbio do amadurecimento relativo à dificuldade de existir e continuar existindo.

O fato de Winnicott defender o amadurecimento e não fazer menção ao pulsional indica a dessemelhança com relação à teoria freudiana que sustenta a ideia dos impulsos estarem associados à conduta humana. Para Winnicott, são as condições que o ambiente oferece à criança durante o seu desenvolvimento inicial que parecem garantir a sua saúde mental e, portanto, o desenvolvimento de uma integração da vida psíquica. Nas concepções que formulou, ele sustenta que a tendência à maturação é inerente ao ser humano, no entanto, é preciso que o ambiente favoreça esse processo. Logo, se esse ambiente for insuficiente para atender as necessidades da criança que está em formação, inevitavelmente tais condições poderão sucumbi-la à doença mental.

No que concerne aos desafios do trabalho clínico, Winnicott (2011b) revela que, às vezes, quando o clínico é confrontado com patologias severas, não há nada a fazer a não ser esperar que as coisas sigam seu rumo e, talvez, a família se desfaça ante a tensão; afirma que, em outras vezes, é necessário pôr fim a uma situação familiar antes que ela se deteriore ainda mais; em outros casos, é preciso tentar lidar com a confusão existente. Para o autor: “Com excessiva frequência não nos é dado ter qualquer esperança; temos de aceitar o fato de bom grado, pois não fariamos qualquer bem em cairmos, também nós, na paralisia decorrente do desespero.” (WINNICOTT, 2011b, p. 99-100).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscando analisar contribuições de Freud e Winnicott para compreensão das principais características que abarcam a psicose, tendo sido trabalhadas ao longo do artigo as produções e conclusões a que chegaram os estudiosos da psique humana Freud e Winnicott cujos conceitos permitiram uma interpretação em torno desses arranjos teóricos, tem-se a compreensão de que há um ponto no desenvolvimento psíquico que estaria ligado a instintos sexuais, conforme Freud propõe em que a passagem por ele, quando não exitosa por alguma razão, pode ser marcada pela impossibilidade de se avançar sem danos para a próxima etapa, gerando uma fixação a nível desse ponto.

Tal achado também pode ser explicado de acordo com a concepção winnicottiana que, por sua vez, demonstra que as primeiras relações são essencialmente importantes para a estruturação de um mundo psíquico integrado e que a doença mental pode ser efeito do fracasso das relações estabelecidas primariamente em que a representação de cuidados falhou.

Consideradas as proposições dos autores citados, vê-se, pois, que ambos contribuíram significativamente para a clínica da psicose, deixando diretrizes norteadoras para quem dessa prática se apropria. Desta forma, torna-se fundamental lembrar que mais que buscar identificar as divergências e convergências em suas preposições teóricas, torna-se imprescindível unificar as propostas de modo a extrair delas aquilo que mais convém em cada caso em particular, tendo em vista a singularidade de cada sujeito em atendimento.

Neste sentido, torna-se relevante salientar que a psicanálise, assim como qualquer outra forma de se compreender o humano, também não é completa em seu saber. Deste modo não pretende esgotar a compreensão sobre o sujeito, nem tampouco responder a todos os questionamentos, embora possa contribuir, a partir de seus pressupostos teóricos, para a clínica, seja ela da neurose ou psicose, como especificamente se tratou este artigo.

Cabe lembrar que as teorias explanadas neste trabalho concebem o fenômeno da psicose de acordo com um viés psicanalítico, o que não implica inibir a importância de outras vertentes teóricas. Uma vez que o profissional, respaldando-se particularmente em seu arcabouço teórico, fará a leitura sobre o sujeito a partir do que este lhe informa em termos da sua subjetividade e singularidade.

A partir da experiência com a clínica da psicose, baseada em atendimentos clínicos e em contextos comunitários, bem como na leitura que possibilitou aprofundar teoricamente sobre esse modo de estruturação. Conclui-se que a escuta é a ferramenta de apoio tanto para a clínica, porque vai dizer sobre o sujeito e sobre sua relação com a realidade, quanto para o sujeito que, ao apropriar-se de um espaço através do qual seja garantida a sua legitimidade enquanto ser, terá condições de apropriar-se de si próprio, e, portanto, de fortalecer-se frente às dinâmicas das situações que fazem parte da sua realidade e universo psíquico.

Diante de tais reflexões, por fim, pode se dizer que, mais que compreender tais contribuições, o que mais se torna relevante na forma de tratamento possível, independente da estrutura clínica, é oferecer a possibilidade do indivíduo emergir enquanto sujeito.

REFERÊNCIAS

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**: para uso dos estudantes universitários. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983. p. 55.

DIAS, E. O. A clínica das psicoses e a teoria do amadurecimento de Winnicott. **Infanto – Revista Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência**, v. 8, n. 41, p. 15-19, 1999.

FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: o Caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913). Rio de Janeiro: Imago, 1996. volume 12.

FREUD, S. **Obras psicológicas de Sigmund Freud**: Escritos sobre a psicologia do inconsciente (1923-1940). Rio de Janeiro: Imago, 2007. volume 1.

GUERRA, A. M. C. **A psicose**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

HEGENBERG, M. **Psicoterapia breve**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

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

QUINET, A. **Teoria e clínica da psicose**. 2. ed. Salvador: Fator, 1990.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

VIEIRA, M. A. Dando nome aos bois: sobre o diagnóstico na psicanálise. In: FIGUEIREDO, A. C. (Org.). **Psicanálise**: pesquisa e clínica. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.

WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. 5. ed., São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011a.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011b.