

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEMÓRIA: LINGUAGEM E SOCIEDADE**

JAQUELINE CRISTINA SALLES TRINDADE

**DANIEL PAUL SCHREBER: A MEMÓRIA NA PSICOSE PARA FREUD E
WINNICOTT**

**VITÓRIA DA CONQUISTA – BA
JUNHO DE 2023**

JAQUELINE CRISTINA SALLES TRINDADE

**DANIEL PAUL SCHREBER: A MEMÓRIA NA PSICOSE PARA FREUD E
WINNICOTT**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito parcial e obrigatório, para a obtenção do título de doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

Área de Concentração: Multidisciplinaridade da Memória

Linha de Pesquisa: Memória, Discursos e Narrativas

Orientador: Prof. Dr. Auterives Maciel Junior

Coorientadora: Profa. Dra. Maria da Conceição Fonseca-Silva

Bolsista Capes

VITÓRIA DA CONQUISTA –BA

JUNHO DE 2023

T833c	<p>Trindade, Jaqueline Cristina Salles</p> <p>Daniel Paul Schreber: a memória na psicose para Freud e Winnicott. / Jaqueline Cristina Salles Trindade; orientador Auterives Maciel Júnior; coorientadora Maria da Conceição Fonseca-Silva – Vitória da Conquista, 2023.</p> <p>148 f.</p> <p>Tese (Doutorado em Memória: Linguagem e Sociedade - Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2023.</p> <p>1. Psicose. 2. Memória. 3. Schreber. 4. Freud. 5. Winnicott. I. Maciel Junior, Auterives (orientador). II. Fonseca-Silva, Maria da Conceição (coorientadora). III. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. IV. Título.</p>
-------	--

Título em Inglês: The "Schreber Case" and Memory according to Freud and Winnicott

Keywords: Keywords: Psychosis; Memory; Schreber; Freud; Winnicott.

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória

Título: Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade

Banca Examinadora: Prof. Dr. Auterives Maciel Júnior (presidente); Profa. Dra. Maria da Conceição Fonseca-Silva (coorientadora); Profa. Dra. Caroline Vasconcelos Ribeiro (titular); Profa. Dra. Edvania Gomes da Silva (Titular); Prof. Dr. Mário Bruno (titular); Profa. Dra. Conceição Aparecida Serralha (Titular).

Data da Defesa: 15/06/2023

Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

FOLHA DE APROVAÇÃO





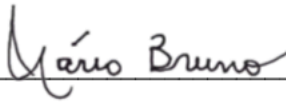
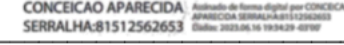
JAQUELINE CRISTINA SALLES TRINDADE

DANIEL PAUL SCHREBER: A MEMÓRIA NA PSICOSE PARA FREUD E WINNICOTT

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade – PPGMLS, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade

Local e Data da defesa: Vitória da Conquista/BA, 15 de junho de 2023.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Auterives Maciel Júnior (Presidente) Instituição: UVA/UESB	Ass.: 
Profa. Dra. Maria da Conceição Fonseca-Silva (Coorientadora) Instituição: UESB	Ass.: 
Profa. Dra. Caroline Vasconcelos Ribeiro Instituição: UESB	Ass.: 
Profa. Dra. Edvania Gomes da Silva Instituição: UESB	Ass.: 
Prof. Dr. Mário Bruno Instituição: UERJ	Ass.: 
Profa. Dra. Conceição Aparecida Serralha Instituição: UFTM	Ass.: 

CONCEICAO APARECIDA | Autêntico de forma digital por CONCEICAO
APARECIDA SERRALHA:81512562653
SERRALHA:81512562653 | Data: 2023.06.16 19:34:28 -03'00'

Aos que perambulam pela vida, à espera de serem encontrados.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, inicialmente, ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade e à UESB, pela oportunidade de realização deste importante percurso na minha vida acadêmica e profissional com o doutorado.

À Capes: “O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”¹.

Agradecer aos meus orientadores, prof. Dr. Auterives Maciel Junior e a Profa. Dra. Maria Conceição Fonseca-Silva, pelo acolhimento e confiança na realização desta pesquisa.

Um agradecimento especial às ricas e criteriosas observações da Profa. Dra. Caroline Vasconcelos Ribeiro e à generosidade do prof. Mário Bruno em minha banca de qualificação.

Agradecer aos membros da Banca de Defesa, Profa. Dra. Caroline Vasconcelos Ribeiro, Profa. Dra. Edvania Gomes da Silva, Prof. Dr. Mário Bruno, Profa. Dra. Conceição Serralha.

Aos professores do programa, pela caminhada, provocações e resistência frente ao período sombrio que vivemos durante a pandemia da COVID e o desmonte da educação nos anos de 2019 a 2022. Para mim é motivo de muito orgulho concluir meu doutorado nesta Universidade tão importante à região e presente no Nordeste.

Agradecer enormemente a meu supervisor clínico Rodolfo Fenille Ferraz, pelas discussões e companhia neste terreno fértil e desafiador de pesquisar e problematizar a clínica psicanalítica de orientação winnicottiana.

¹ Essa citação está em conformidade com o que dispõe o Art. 3º da **PORTARIA Nº 206, DE 4 DE SETEMBRO DE 2018** (http://www.imprensa nacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/39729251/do1-2018-09-05-portaria-n-206-de-4-de-setembro-de-2018-39729135), e com o ofício Circular no 87/2018-CEX/CGSI/DPB/CAPES, que ressalta: “o financiamento aludido na portaria envolve não apenas o recebimento de bolsa de estudos da CAPES, mas ainda o recebimento de qualquer tipo de apoio a atividades acadêmicas, as quais tenham feito uso de recursos de custeio ou de capital, tais como do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX), do Programa de Apoio à Pós-Graduação (PROAP) ou do Portal de Periódicos, por exemplo.” Em cumprimento com o que reza tanto à referida portaria quanto ao que esclarece o ofício mencionado, o PPGLin estabeleceu que bolsistas e não bolsistas devem fazer referência ao apoio recebido da CAPES em todos os trabalhos (tais como: artigos, dissertações, teses, ou quaisquer outros trabalhos publicados em qualquer língua e em qualquer meio digital ou impresso.) que decorram das atividades acadêmicas desenvolvidas no Programa, já que o mesmo é financiado, parcialmente, pelo PROAP/CAPES.

Agradecer a meu esposo Edson pela parceria e cuidado durante todos estes anos de vida compartilhada e anos de pesquisa, como também a família e amigos (de perto e de longe) pelo apoio e torcida.

Agradecer meus pacientes pela compreensão nas ausências e pela confiança em meu fazer e caminhada pela clínica. Agradecer à vida pelos encontros, (tão fundamentais para o viver), pelos desafios e, sobretudo pela resistência advinda da criatividade como mostrou Winnicott, imprescindível para brincar e viver.

*Meu corpo arrefeceu como os campos
despidos;/ agora só existe a minha
mente, desconfiada e atenta,/ com a
impressão de ser testada.*

Louise Glück.

RESUMO

O estudo de Freud sobre a autobiografia de Daniel P. Schreber, *Memórias de um doente dos nervos* foi a entrada da psicanálise no campo da psicose e sua sintomatologia específica, o que trouxe ampliações e desdobramentos importantes acerca da etiologia da psicose e da paranoia. Partindo da análise freudiana do livro de Daniel P. Schreber “Memórias de um doente dos nervos”, este estudo apresenta como objetivo investigar o problema da memória na psicose partir da compreensão do sintoma em Freud e Winnicott e propor uma leitura de base winnicottiana do adoecimento Schreberiano. Por ter se tornado um caso emblemático para a psicanálise e para o estudo da psicose, elegemos problematizar o modo como sintoma e memória podem ser compreendidos pela teoria da neurose e psicose na primeira tópica de Freud e pela teoria do amadurecimento em Winnicott. Este é um estudo de revisão bibliográfica que selecionou os vocábulos sintoma, neurose, psicose, memória e paranoia pesquisados nas obras da primeira tópica de Freud e nas obras de Winnicott. Como resultado deste estudo pode-se concluir que o modo como sintoma e memória são pensados pela teoria clássica freudiana no que se refere à neurose encontra limites de compreensão quando aplicadas ao funcionamento da psicose pelo prisma da repressão e de reminiscências de vivências traumáticas na infância. Já a clínica da psicose de Winnicott realiza um deslocamento sobre diagnóstico e tratamento, o que nos permitiu repensar o modo como Schreber pôde ou não fazer *uso* dos seus sintomas durante os anos de crise. Seu adoecimento visto pela ótica da teoria do amadurecimento mostra que as condições ambientais das suas primeiras crises se modificaram com o passar dos anos, alterando também os sintomas e manifestações clínicas. Tal descoberta nos levou a concluir que o sintoma pôde ser usado por Schreber como tentativa de comunicação ao ambiente do colapso vivido, o que corrobora o achado de Winnicott acerca da psicose como conjunto de defesas ante a impossibilidade de *integração* psicossomática, condição fundante para relacionar-se com a realidade. Do mesmo modo, pudemos compreender a falência do ambiente em acolher seu sintoma como pedido de integração, marcando o grande período do seu delírio retrato nas *Memórias*. Conclui-se por fim, a manifestação do delírio como o recurso possível para Schreber viver a *ilusão de onipotência* - embora de forma distorcida, ou seja, delirante e solitária.

Palavras-chave: Psicose; Memória; Schreber; Freud; Winnicott.

ABSTRACT

Freud's study of Daniel P. Schreber's autobiography - *Psycho-Analytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia* - was Psychoanalysis' debut into the field of psychosis and its specific symptomatology, which brought important broadening and developments in the etiology of psychosis and paranoia. This study aims to investigate the problem of memory in psychosis based on Freud and Winnicott's understanding of symptom, and to propose a Winnicottian reading of Schreber's illness, based on Freud's analysis of Schreber's case. Since it is an emblematic case for psychoanalysis and the study of psychosis, we chose to discuss how symptom and memory can be understood by the theory of neurosis and psychosis in Freud's first topic and in Winnicott's works. As a result of this study, we conclude that there are limitations in the way symptom and memory are thought by the classical Freudian theory, regarding neurosis, when it is applied to the functioning of psychosis, through the perspective of repression and reminiscence of traumatic childhood experiences. Winnicott's clinics of psychosis, on the other hand, changes the standpoint on diagnosis and treatment, which allowed us to rethink the way Schreber could or could not make use of his symptoms during the period of episodes. His illness understood in the light of the theory of maturation demonstrates that the environmental conditions of his early crises changed over the years, also altering his symptoms and clinical manifestations. This discovery led us to conclude that Schreber could have used the symptom as an attempt to communicate to the environment of his collapse, which corroborates Winnicott's findings about psychosis as a set of defenses against the impossibility of psychosomatic integration, a fundamental condition for relating to reality. In the same way, we can understand the failure of the environment in embracing his symptom as a request for integration, marking the great period of his delirium portrayed in the *Memoirs*. Finally, we conclude that the manifestation of delirium is a possible resource for Schreber to experience the illusion of omnipotence - although in a distorted, delirious and solitary way.

KEYWORDS: Keywords: Psychosis; Memory; Schreber; Freud; Winnicott.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Problema e contextualização	11
1.2 Metodologia	18
1.3 Organização dos capítulos	18
2 A CONSTRUÇÃO DO SINTOMA NA NEUROSE E A MEMÓRIA EM FREUD	21
2.1 A construção do sintoma na psicose e a memória em Freud	32
3 O FUNCIONAMENTO DA MEMÓRIA NO PSICÓTICO: O CASO SCHREBER ANALISADO POR FREUD	38
3.1 Apresentando Daniel P. Schreber	38
3.2 Freud lendo Schreber	44
3.2.1 História Clínica	44
3.2.2 Aspectos clínicos destacados por Freud	47
3.3 Tentativas de interpretação por Freud	49
3.4. Sobre o mecanismo paranoico	57
4 O USO DO SINTOMA NA NEUROSE E NA PSICOSE E A MEMÓRIA EM WINNICOTT	65
4.1 O sintoma na neurose segundo Winnicott	66
5. O USO DO SINTOMA NA PSICOSE E A MEMÓRIA EM WINNICOTT	86
5.1 O sintoma na psicose segundo Winnicott	86
5.2 Patologias do amadurecimento e a impossibilidade de criar o mundo com sentido próprio	93
6 DANIEL PAUL SCHREBER, SINTOMA E PARANOIA	101
6.1 Aspectos do sintoma e uso da memória	103
6.1.1 A memória lembrada e a não sabida	103
6.2 Aspectos observáveis e compreendidos sobre o adoecimento de Daniel P. Schreber	108
6.3 O funcionamento/mecanismo paranoico	125
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
REFERÊNCIAS	143

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problema e contextualização

O avanço da Psicanálise - com as suas diferentes manifestações clínicas e sintomáticas - foi abrindo um campo para a escuta e compreensão de adoecimentos até então desconhecidos ou com limitações de inteligibilidade dados os recursos construídos até então, bem como tipos de sofrimento a que ela se debruçava. Os desafios deixados para a clínica da psicose e os aportes teóricos que se faziam necessários, como o próprio Freud reconheceu, forjaram um campo propício ao desenvolvimento da clínica psicanalítica e para a Psicanálise, de modo que conceitos e aspectos clínicos ainda hoje são retomados e problematizados desde seu fundamento.

A Psiquiatria após a criação da Psicanálise deparou-se com um pensamento que questionava e criava um lugar de escuta e tratamento transformadores para o Século XIX. A clínica da neurose amplamente reconhecida e fonte de conhecimento freudiano abriu-se também como ponte entre os diferentes saberes. Um marco desta incursão freudiana, deu-se sobretudo no estudo sobre a memória e seu modo de funcionar, visto que “no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a decisiva (FREUD, 2014 [1917], p. 490).

É importante lembrarmos que a memória foi um dos aspectos principais na descoberta do inconsciente e do seu funcionamento psíquico, presente desde o Freud neurologista e recolocada ante o sofrimento das histéricas e operante na manifestação dos sintomas. Dada a importância do sintoma como manifestação de compromisso, Freud fez dele o condutor das suas pesquisas e procurou construir uma metodologia que o elucidasse. A partir daí, os diferentes tipos de patologias e manifestações sintomáticas a que Freud e a Psicanálise tiveram acesso ampliaram os recursos teóricos e deixaram abertas desafios sobretudo à compreensão da psicose e de sua clínica.

A teorização e clínica da psicose apresentava desafios diversos, visto que a palavra e a manifestação do inconsciente como imagem colocava-se como limite para a escuta até aquele momento do conhecimento psicanalítico. Uma constatação distintiva é a realizada por Freud já em 1896 ao afirmar que “na psicose mais profunda, a lembrança inconsciente não vem à tona, de modo que o segredo das experiências da infância não é revelado nem mesmo no mais confuso delírio" (FREUD, 1996 [1896], p. 266).

O sintoma ganha com a Psicanálise status de recurso para a vida psíquica e destino pulsional frente à realidade, o que foi amplamente reconhecido pela clínica da neurose, ao passo que a psicose se apresentou como limite nesta compreensão. O estudo de Freud sobre o livro de memórias de Schreber foi a entrada no estudo da psicose e o primeiro na história a demonstrar “a relação entre um quadro delirante e as circunstâncias históricas pessoais, entre a psicodinâmica e a biografia” (TENENBAUM, 2020, p. 26), refutando assim a crítica da psiquiatria de que a psicose não poderia ser objeto de estudo e tratamento pela psicanálise. Apesar de tal intento, veremos que a análise de Freud se centra na comprovação do mecanismo defensivo da repressão na paranoia, deixando de lado dados históricos significativos e outros períodos da doença de Schreber presentes nas *Memórias*.

A análise realizada por Freud sobre o livro tornou-se amplamente conhecida como “O caso Schreber” o qual foi escrito em 1910 e publicado por Freud em 1911 como *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides)*. Trata-se de um “caso” emblemático na história da Psicanálise, dada sua peculiaridade, já que foi a análise de um livro autobiográfico do jurista Daniel Paul Schreber.

Segundo Carone (In: SCHREBER, 2021 [1903]) o livro oriundo da escrita de suas memórias e da batalha jurídica para retomada de seus direitos foi publicado em 1903, após diversos atritos sobre possíveis censuras à obra pela editora. Carone, estudiosa e tradutora da obra e seu autor nos informa que “os vinte e três capítulos das Memórias propriamente ditas foram escritos de fevereiro a setembro de 1900, a primeira série de suplementos, de outubro de 1900 a junho de 1901, e a segunda série de suplementos, no final de 1902” (CARONE, *apud* SCHREBER, 2021 [1903], p. 19). Em 1911, mesmo ano da morte de Schreber, Freud publica a primeira versão de sua análise do caso. Há uma especificidade única na análise freudiana do caso, visto que Freud (2010 [1911]) realiza a análise do paciente por meio da sua autobiografia, pois Schreber não chegou a ser paciente de Freud, este fato será significativo para as proposições realizadas em nossa pesquisa, conforme veremos.

Um dos temas centrais da análise freudiana refere-se à etiologia da psicose e do mecanismo paranoico, construída em torno da Teoria da Sexualidade, e tem como marco para a história a relação inédita entre “um quadro delirante e as circunstâncias históricas pessoais, entre a psicodinâmica e a biografia” (TENENBAUM, 2020, p. 26).

Em especial, destaca-se a relação entre paranoia e homossexualidade, defendida por Freud, que chega a afirmar: “[...] nós, psicanalistas, até o presente apoiamos a opinião de que as raízes de todo distúrbio nervoso e mental devem se encontrar principalmente na vida sexual do paciente [...]” (FREUD, 2010 [1911], p. 40). Outros teóricos, posteriores a Freud, voltaram-se ao caso para rediscutir ou propor outras análises acerca do psicodiagnóstico de Schreber, especialmente devido aos acréscimos oriundos de sua história progressiva, descobertas sobre sua infância e vida familiar, dados os quais Freud não teve acesso, construindo assim novas oportunidades de discutir e ampliar a compreensão sobre o que hoje conhecemos sobre as psicoses e seu modo de funcionamento.

Dentre os psicanalistas que se voltaram ao caso, em diálogo ou contraposição à leitura freudiana, destaca-se, Klein (1991 [1946]), Niederland (1981), Canetti (1995 [1960]), Lothane (1992) e Lacan (2000 [1955-1956]). Cada qual a sua maneira, propõem discussões específicas acerca da análise freudiana (HENRIQUES, 2008), porém seguem a tradição freudiana de *analisar e interpretar* o caso e seus sintomas e manifestações.

A clínica da psicose exigiu a rediscussão acerca da psicopatologia, do diagnóstico psicanalítico e seu tratamento haja vista sua dimensão não verbal e o retraimento próprio como defesa frente ao mundo. Tais defesas são diferentemente compreendidas pelos autores pós-freudianos o que nos levou a buscar as contribuições da psicanálise inglesa, sobretudo de Donald Winnicott para a clínica dos pacientes psicóticos.

Nossa pesquisa, partindo das contribuições de Winnicott não pretende seguir pelo uso da interpretação, sobretudo por tratar-se de um relato e não de um paciente que está em tratamento. Tal particularidade não faz juízo de valor dos estudos anteriores, apenas marca uma diferença na forma como a teoria winnicottiana se propõe a pensar as manifestações clínicas e o amadurecimento. A psicanalista mais próxima à Winnicott que discutiu as *Memórias* de Schreber foi a analista infantil austríaca, Melanie Klein, que o aborda “em conexão com a *cisão do ego*, baseando-se nas observações de Freud sobre as mudanças anormais no ego como característica distintiva das psicoses” (HENRIQUES, 2008, p. 62, grifo nosso).

Embora Winnicott não mencione o estudo freudiano sobre “o caso Schreber” e nem tenha se proposto a estudá-lo, é notório que o deslocamento que sua clínica da

psicose impõe sobre a teoria clássica nos faça questionar de que modo as contribuições de Winnicott podem ser cotejadas a partir do relato de Schreber e seus dados biográficos. Ademais dada a importância desse caso para a Psicanálise e para a clínica psicanalítica, consideramos importante pensar de que modo a Teoria do Amadurecimento de Winnicott propõe novas questões ao adoecimento de Schreber, sobretudo porque diferentemente de Freud (2010 [1911]), Winnicott se propõe a pensar a etiologia da psicose em termos de traumas reais, ou seja, relativo à falhas na relação indivíduo-ambiente, iniciadas na relação mãe-bebê e não como fruto da vida psíquica. Assim também a paranoia pode ser pensada como forma de defesa contra falhas do amadurecimento, o que contrapõe a forma como Freud pensou a partir da repressão e da projeção.

Sobre esta diferença, Loparic (1999) afirma que:

Winnicott não contesta a suposição do inconsciente recalcado, conatural ao consciente, mas sustenta que esse inconsciente é uma formação relativamente tardia que 1) não explica o surgimento de doenças psíquicas mais graves, as psicoses, 2) não determina nem mesmo a sexualidade humana, 3) não determina o destino da pessoa humana, 4) não é o referente satisfatório para entender a vida e a criatividade cultural. Dito de outra maneira, com Winnicott, a psicanálise muda de assunto. O tema central da psicanálise winnicottiana não é mais a sexualidade recalcada e seus derivativos, mas a *cisão*, uma parada no acontecer do ser humano que caracteriza a psicose. Essa formação é, por certo, *não-consciente*. Mas aqui a não-consciência não significa inconsciência, expulsão da consciência a título de indecência proibida. (LOPARIC, 1999, p. 358).

Tais distinções iniciam-se com a perspectiva de Winnicott de que o funcionamento psíquico depende da *integração*² psicossomática. Os sintomas são pensados a partir das falhas na *integração*. O recurso do sintoma vai variar conforme o grau de *integração* que pode ser mais primitivo ou não. Assim, os indivíduos que sofrem de patologias denominados pela semântica clássica de não-neuróticos, para Winnicott, são descritos como “carentes de integração num eu”. O que não apenas

² Conforme veremos adiante, o conceito de integração está relacionado à natureza humana como tendência a integrar-se em um indivíduo unitário, isto é, numa unidade (sempre em movimento) e em interdependência do ambiente. Tal compreensão não teve uma definição única na teoria de Winnicott, embora apareça desde o início nas suas conceituações acerca do amadurecimento. Segundo Dias, Winnicott teve de “ultrapassar duas ideias pela psicanálise tradicional: primeiro, aquela que supõe, como já dadas, a constituição do eu primitivo e capacidade de contato com a realidade; segundo a ideia de que a divisão, a ‘dinâmica’ essencial do homem poderia ser descrita em termos de pulsões” (DIAS, 2003, p. 95).

recoloca a importância do manejo clínico como impõe novos desafios para a teoria psicanalítica e a compreensão de aspectos psíquicos fundamentais, como a questão da memória, que não foi estudada especificamente por Winnicott.

O reconhecimento da importância do ambiente para a constituição do indivíduo e os desdobramentos sobre a compreensão do sintoma, adoecimento e diagnóstico possibilitaram novos recursos para o tratamento das patologias. As mudanças no *setting* constituídas pela “análise modificada” tais como a escuta e manejo da psicose são significativamente distintas do manejo da clínica clássica da neurose, especialmente na relação transferencial e contratransferencial que este tipo de adoecimento demanda do analista.

Em Freud (2010 [1911]), vê-se a análise das *Memórias* de Schreber por meio da chave de leitura da sexualidade, especificamente, por meio do desenvolvimento psicosssexual, com ênfase sobre o funcionamento da repressão na paranoia, isto é, para a repressão de desejos homossexuais do paciente. No entanto, dados apontam que a história de Schreber foi marcada por uma mãe deprimida e um pai sádico, elementos que podem ajudar a compreender a dinâmica do seu adoecimento por meio de outras leituras. Desse modo, consideramos que a Teoria do Amadurecimento de Winnicott pode ser uma chave importante de compreensão para os sintomas narrados por Schreber em suas *Memórias*, além de apresentar novos olhares acerca de um relato tão vívido como a autobiografia de um paciente em crises psicóticas.

Para Winnicott, a vida psíquica não se constitui como defesa contra aspectos destrutivos da pulsão, mas sim a partir de experiências integradoras que vão constituindo o indivíduo de forma psicossomática. É desse modo que neurose e psicose são pensadas a partir das falhas do amadurecimento e não como estrutura psicopatológica “pura”, o que o levou a novas descobertas sobre o adoecimento psicótico e seu tratamento.

A partir do estudo do livro autobiográfico transformado em “Caso Schreber” a psicose ganha novos contornos e os desdobramentos teóricos advindos culminaram com a segunda tópica freudiana, os quais seguem fazendo eco em diferentes autores da Psicanálise pós-freudiana. Apesar do ineditismo do estudo de Freud, os aspectos biográficos, sobretudo relativos à relação paterna pouco foram explorados, o que provocou críticas ao intento de Freud ao analisar o caso. A análise foi centrada nos sintomas descritos nos quatro meses de sua segunda internação, o que visto de forma

apartada abre inúmeras questões e novas hipóteses de pesquisa acerca do adoecimento de Schreber, as quais justificam a importância de pesquisas sobre o tema.

Segundo Tenenbaum (2020), os estudos de Niederland e Lothane se diferenciam significativamente dos demais visto incluírem os quatro episódios da doença de Schreber, como também por não se restringirem ao quadro delirante que tanto a análise de Freud quanto os laudos do dr. Weber defendem como componente primordial da doença. Assim “a hipocondria ao se casar; a hipocondria após a derrota eleitoral, que resultou na primeira internação; o episódio depressivo, que resultou na segunda internação; e o episódio depressivo final, que levou à terceira hospitalização” ganham importância e desdobramentos significativos sobre o adoecimento de Schreber (TENENBAUM, 2020, p. 97).

A escolha nesta pesquisa em abordar o sintoma na neurose e na psicose, justifica-se ao presumirmos que há uma diferença na forma como este se apresenta e pode ser compreendido desde a perspectiva de Freud e de Winnicott. O acesso ao sintoma é diferente na neurose e na psicose, marcador ressaltado por Winnicott ao demarcar o *uso* do sintoma pelo indivíduo e não propriamente seu aparecimento: “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” (WINICOTT, 2011 [1958a], p. 90).

Ao longo do estudo, trabalhamos o livro “Memórias de um doente dos nervos” de Schreber com o propósito de analisar o problema da memória na psicose a partir da compreensão do sintoma em Freud e Winnicott e propor uma leitura de base winnicottiana do seu adoecimento.

Diante da importância da memória para o funcionamento psíquico, tentamos responder as seguintes questões: Pode-se pensar, a partir de Winnicott, a possibilidade de memória em adoecimentos de natureza psicótica? De que modo a memória pode ser mobilizada e compreendida quando não é verbalizada? A etiologia da psicose na primeira tópica freudiana segue o resquício mnêmico da imagem e da repressão infantil, será que podemos compreendê-la de outro modo a partir da teoria winnicottiana? Como o adoecimento de Schreber pode ser compreendido a partir da teoria do amadurecimento e suas patologias?

Defendemos, como hipótese, que, a partir da teoria da neurose de Freud e da teoria do amadurecimento de Winnicott há um modo de funcionar psiquicamente na

psicose diferente da neurose, o qual nos leva a diferir e apresentar o modo como a memória nestes diferentes quadros clínicos se apresenta relacionada aos sintomas.

Para respondermos a tais questionamentos, construímos este estudo com cinco objetivos bem demarcados:

1. Apresentar o modo como sintoma e memória são pensados por Freud na neurose e na psicose.
2. Analisar as acepções de memória a partir da diferença entre neurose e psicose para Freud;
3. Propor uma leitura sobre a memória a partir da teoria winnicottiana.
4. Apresentar o livro de Schreber *Memórias de um doente dos nervos* a partir dos pilares da análise de Freud;
5. Inferir da “Teoria do Amadurecimento” de Winnicott uma possível leitura do adoecimento de Schreber e suas manifestações sintomáticas.

Acreditamos que este estudo contribuirá para o estudo da memória na psicose com desdobramentos frente ao tratamento e manejo na clínica. Embora memória seja um tema fundamental acerca da experiência humana, seu estudo na Psicologia enfatiza seu aspecto como processo psicológico básico, o que deixa à Psicanálise questões importantes da clínica do “não lembrado”.

Apresentará uma possibilidade de leitura de base winnicottiana sobre o adoecimento de Schreber, o que ainda é inédito e possibilitará novas discussões e ampliações para o estudo brasileiro acerca da temática do diagnóstico em psicanálise, do adoecimento psicótico e da importância do ambiente como facilitador para o amadurecimento.

O livro de memórias de Schreber foi reeditado no Brasil em 2021, o que evidencia a importância desse magnífico relato e retrato da violência sofrida por quem padecia de sofrimentos mentais graves. As *Memórias* de Schreber foram e certamente seguirão abrindo novos caminhos e aportes de pesquisas no campo da Psicanálise, Psiquiatria e Sociologia.

1.2 Metodologia

A partir destas considerações não pretendemos analisar o caso com fins diagnósticos, visto que o mesmo não se realiza à parte de um processo terapêutico, mas apresentar caminhos teóricos e clínicos para a compreensão do adoecimento de Daniel Schreber.

O recurso metodológico foi de uma pesquisa qualitativa de cunho bibliográfico que nos permitiu identificar na obra de Freud e de Winnicott as diferenças assinaladas pelos nossos objetivos. Dessa forma, os vocábulos sintoma, neurose, psicose, paranoia e memória foram os elegidos para a pesquisa no decorrer da primeira tópica freudiana, visto que o estudo sobre “O caso Schreber” versa sobre este período.

As obras selecionadas de Freud foram: *A interpretação dos sonhos* de 1900; *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, de 1905; *A etiologia da histeria*, de 1896; *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa*, de 1896; *Sinopses dos escritos científicos do Dr. Sigm. Freud*, de 1897, *O mecanismo psíquico do esquecimento*, de 1898 e *O inconsciente*, de 1915, além de textos de comentadores.

Já na obra de Winnicott, os mesmos vocábulos foram pesquisados percorrendo a teoria do amadurecimento nos seguintes livros selecionados: *Pensando sobre crianças* de 1953; *Da Pediatria à Psicanálise*, de 1958; *A família e o desenvolvimento individual*, de 1958; *O brincar e a realidade*, de 1971; *O ambiente e processos de maturação*, de 1979; *Natureza Humana*, de 1988; e textos selecionados das obras *A Criança e o seu Mundo*, de 1938; *Privação e Delinquência*, de 1962; *Os bebês e suas mães* de 1968; *Tudo Começa em Casa*, de 1969 e *Explorações Psicanalíticas*, de 1988, além de textos de importantes pesquisadores brasileiros sobre a teoria winnicottiana. A articulação teórica e problematização das manifestações clínicas foi o caminho percorrido para se pensar o adoecimento de Schreber a partir dos desdobramentos teóricos clínicos elaborados por D. Winnicott.

1.3 Organização dos capítulos

A fim de conceder uma coesão para a tese, optamos por abordar na primeira parte os achados freudianos que compõem a primeira tópica, sobretudo no que se refere ao sintoma e à nosografia psicanalítica que fundamentam o estudo de Freud sobre “O

caso Schreber”. Isto nos levou a tratarmos, na segunda parte, das contribuições da teoria de Winnicott, delineando um caminho próprio a cada autor sobre os recursos defensivos do ponto de vista metapsicológico e, sobretudo como manifestação clínica. Dito isto, convém precisarmos a organização dos capítulos, além desta parte denominada Introdução.

No segundo capítulo, intitulado *A construção do sintoma na neurose e a memória em Freud*, tratamos de textos freudianos da primeira tópica que contornam a compreensão do sintoma e articulamos o mesmo com o modo como a memória foi pensada a partir do funcionamento do inconsciente e da formação dos sintomas.

No terceiro capítulo, *A construção do sintoma na psicose e a memória em Freud*, discutimos o recorte da autobiografia de Schreber pensado por Freud pela via do diagnóstico e interpretação dos sintomas, o que nos levou aos achados sobre a psicose. Embora os desdobramentos teóricos sobre a psicose apareçam somente na segunda tópica a partir de outros casos clínicos e do desenvolvimento da teoria, mesmo antes de Schreber, Freud apontava a limitação da primeira tópica para explicar e tratar desses casos.

No quarto capítulo, *O funcionamento da memória no psicótico: o caso Schreber analisado por Freud*, principiamos com a apresentação da obra de Schreber publicada em 1903: *Memória de um doente dos nervos* e os dados biográficos conhecidos até a publicação de Freud. Em seguida, acompanhamos os tópicos descritos no estudo freudiano publicado em 2010 [1911]: *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides)*. Freud os apresenta da seguinte forma: I. História clínica; II. Tentativas de interpretação e III. Sobre o mecanismo da paranoia.

No quinto capítulo, *O uso do sintoma na neurose e na psicose e a memória em Winnicott*, percorremos desde a perspectiva de Winnicott os aspectos que tratamos anteriormente. Apresentamos o sintoma com o acento da semântica winnicottiana pensando a possibilidade do *uso* ou não do mesmo e os desdobramentos e ampliações acerca da saúde, doença na neurose e psicose. Do mesmo modo, a memória também é pensada de diferentes formas desde a teoria winnicottiana do amadurecimento. O percurso escolhido deu-se com a apresentação dos seguintes subtópicos: 1. O sintoma na neurose segundo Winnicott; 1.2 As condições para a constituição das pessoas inteiras

e da memória; 2. O *uso* do sintoma na psicose e a memória em Winnicott; 2.1 O sintoma na psicose segundo Winnicott.

No sexto capítulo, *Patologias do amadurecimento e a impossibilidade de criar o mundo com sentido próprio*, problematizamos e apresentamos a compreensão de doença para Winnicott e a rediscussão sobre diagnóstico, condição para pensarmos o modo como questionamos e compreendemos as contribuições desta teoria acerca dos sintomas de D. P. Schreber. Neste capítulo, apresentamos a tese sobre os sintomas e adoecimento de Schreber, abordando a partir de Winnicott o *uso* do sintoma e sua compreensão específica acerca da paranoia.

O sétimo e último capítulo, denominado Conclusão, tratamos das *Memórias* de Schreber a partir das contribuições da teoria Winnicottiana e mostramos que o estudo que resultou este trabalho não visou interpretar os sintomas de Schreber, sobretudo porque, na clínica de orientação winnicottiana, sintoma e diagnóstico se apresentam e se desdobram no tempo e na relação transferencial. Entendemos que nossa contribuição perpassa problematizar os desafios e caminhos encontrados por Schreber para sobreviver, por isso seguimos os seguintes passos neste importante capítulo: 1. Daniel Paul Schreber, sintoma e paranoia; 2. A memória lembrada e a não sabida; 3. Aspectos observáveis e compreendidos sobre o adoecimento de Daniel P. Schreber e 3.1 O funcionamento/mecanismo paranoico.

2 A CONSTRUÇÃO DO SINTOMA NA NEUROSE E A MEMÓRIA EM FREUD

Diferentes são as possibilidades de abordar a obra freudiana e seus importantes conceitos. Com vistas a apontar o modo como a memória está entrelaçada à formação dos sintomas e ao funcionamento do inconsciente, neste capítulo buscaremos apresentar como este percurso entre memória e sintoma se deu na construção da clínica psicanalítica, especialmente na primeira tópica, visto que o caso Schreber foi analisado neste período por Freud. A retomada de conceitos iniciais justifica-se para compreendermos a diferença entre neurose e psicose e seus “respectivos” sintomas.

De partida precisamos lembrar que o sintoma foi o chamativo principal para Freud, visto que ele não se contentou com as explicações das ciências médicas até então construídas sobre o adoecimento das histéricas, além de toda discussão filosófica à época sobre a psicologia e o que era estudado por meio da consciência e da percepção. Foi a partir do trabalho de Breuer que o sintoma ganhou status de sentido, conforme Freud (2010 [1917], p. 343) “o sentido dos sintomas neuróticos foi desvendado pela primeira vez por Josef Breuer, mediante o estudo e a feliz resolução de um caso de histeria que ficou célebre (1882)”.

Assim é “a partir de 1892 — mais precisamente, com o caso Elizabeth von R. — que o embrião da psicanálise começa a tomar forma, com a descoberta da etiologia sexual e o método da “concentração”, que dispensa o recurso à hipnose” (MEZAN, 2019, p. 167). Freud abandona a hipnose por perceber que alguns pacientes não eram hipnotizáveis e que os sintomas persistiam cessado o processo de hipnose, assim ele inicia o que posteriormente será nomeado como método da associação livre³, uma das regras fundamentais da psicanálise.

O percurso realizado pela condução do trabalho com as histéricas e a constatação de que havia lembranças que não poderiam ser tornadas conscientes devido ao quantum de afeto e repressão (*Verdrängung*)⁴ a ela associados compõe parte

³ *Método ou regra de associação livre* é constitutivo da técnica psicanalítica, e é o “método que consiste em exprimir indiscriminadamente todos os pensamentos que ocorrem ao espírito, quer a partir de um elemento dado (palavra, número, imagem de um sonho, qualquer representação), quer de forma espontânea” (LAPLANCHE E PONTALIS, 2000, p. 38).

⁴ Conforme Laplanche e Pontalis, recalque (*Verdrängung*) é a “operação pela qual o sujeito procura repelir ou manter no inconsciente representações (pensamentos, imagens, recordações) ligadas a uma pulsão. O recalque produz-se nos casos em que a satisfação de uma pulsão — suscetível de proporcionar prazer por si mesma — ameaçaria provocar desprazer relativamente a outras exigências. O recalque é especialmente patente na histeria, mas desempenha também um papel primordial nas outras afecções mentais, assim como em psicologia normal. Pode ser considerado um processo psíquico universal, na

significativa do estudo freudiano e do desenvolvimento da técnica psicanalítica. Torna-se necessário esclarecermos que optamos em nossa pesquisa pela tradução do termo *Verdrängung* para repressão e somente nos textos ou obras em que a tradução escolhida pelo autor foi “recalque”, utilizaremos o termo “repressão” seguido do termo original em alemão *Verdrängung*. Assim, o sintoma vai delineando-se como parte da história do paciente e de suas vivências, de forma que “a tarefa que se coloca, portanto, é a de encontrar, para uma ideia sem sentido e uma ação despropositada, aquela situação passada em relação à qual essa ideia se justifica e a ação revela propósito pertinente” (FREUD, 2010 [1917], p. 361).

Com base nessa afirmação, é possível constatar os processos inconscientes e o mecanismo da repressão e seus desdobramentos enquanto formação de compromisso tais como sintomas, lapsos, atos falhos, os quais serão apresentados, a seguir, a partir das construções freudianas referentes à primeira tópica.

Na primeira teoria da sedução, Freud irá atribuir a etiologia da histeria a “uma experiência sexual passiva antes da puberdade” (Freud, 1996 [1896], p. 151), o que trará luz sobre toda a discussão sobre a sexualidade infantil e os mecanismos da repressão. Segundo Mezan (2019), a teoria da sedução dará a Freud a oportunidade de retirar qualquer indício de superstição ou falsidade acerca do sofrimento histérico e com isso a investigação das causas se dará por meio da busca de um culpado para aquilo que a histérica guarda bem como sua veracidade. Assim, três processos são necessários e se lidam mutuamente: “acreditar na veracidade da fabulação histérica, descrever a organização lógica e coerente das recordações (é aqui que intervém a imagem dos “arquivos”) e provar que a fantasia tem sempre origem numa vivência ou numa combinação de vivências” (MEZAN, 2019, p. 670).

Mas a descoberta mais importante a que chegamos, quando uma análise é sistematicamente conduzida, é a seguinte: qualquer que seja o caso e qualquer que seja o sintoma que tomemos como ponto de partida, no fim chegamos infalivelmente ao campo da experiência sexual. Aqui, portanto, pela primeira vez, parece que descobrimos uma condição etiológica dos sintomas histéricos. (FREUD, 1996 [1896], p. 196).

Sabemos que a veracidade dos eventos traumáticos será abandonada por Freud em 1897, em carta a Fliess em que Freud dirá a famosa frase: "Eu não acredito mais em minha neurótica" (1996 [1896], p. 265), o que implicará em modificações importantes acerca da etiologia da neurose e até mesmo na incapacidade de se lembrar de tudo que ocorre no inconsciente. Assim, a fuga dos pacientes frente às suas empreitadas de se chegar às cenas "verídicas" da infância; a descrença de que todos os pais fossem perversos; a indistinguibilidade entre verdade e ficção no inconsciente e por último, "a consideração de que na psicose mais profunda, a lembrança inconsciente não vem à tona, de modo que o segredo das experiências da infância não é revelado nem mesmo no mais confuso delírio" (FREUD, 1996 [1896], p. 266). Tal afirmação nos levará em outro momento da pesquisa a apontamentos acerca do sintoma na psicose e memória⁵.

A partir disto, Freud abdica da teoria da sedução e acrescenta o conceito psicanalítico de fantasia de sedução ou proto-fantasias e com ele a ideia de realidade psíquica, e a compreensão naquele momento do traumático como lembrança. Assim a etiologia da histeria estaria localizada na fantasia da cena familiar, mais especificamente como uma projeção do afeto pelo pai ou pela mãe delineando assim a fantasia da sedução e abrindo caminhos para a teorização acerca do Complexo de Édipo. Em 1897 em carta a Fliess, Freud já menciona o funcionamento dos sintomas neuróticos como lembranças:

Apercebo-me agora de que todas as três neuroses (histeria, neurose obsessiva e paranoia) exibem os mesmos elementos (ao lado da mesma etiologia), quais sejam, fragmentos de memória, impulsos (derivados das lembranças) e *ficções protetoras*; mas a irrupção na consciência, a formação de soluções de compromisso (isto é, de sinfonias), ocorre nelas em pontos diferentes. Na histeria, são as reminiscências; na neurose obsessiva, os impulsos perversos; na paranoia, as ficções protetoras (fantasias) que penetram na vida normal, em meio a distorções devidas a solução de compromisso. (FREUD, 1996 [1897], p. 240, *grifo* do autor).

⁵ Segundo Simanke (2004, p. 01) Freud, no projeto vai defender que a memória representa o psíquico em sentido estrito ou, pelo menos, sua base. A percepção, para Freud, consiste, por um lado, em um processo puramente físico de recepção e condução de estímulos e, por outro, na apreensão consciente e qualitativa do conteúdo perceptivo, que já pertence à esfera da subjetividade, e não mais ao psíquico em si, formado pelos complexos de traços mnêmicos. Em *A interpretação dos sonhos*, a separação entre estes dois aspectos da percepção é ainda mais explícita, pois eles aparecerão repartidos nas duas extremidades do aparelho psíquico, com os diversos sistemas de mnêmicos de permeio (FREUD, 1996 [1900], p. 517).

A partir de 1905 com a obra *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*⁶ que a sexualidade infantil será descrita como constitutiva do infantil e não mais como experiência estrangeira de um adulto que tenha lhe seduzido. Tal compreensão já havia sido iniciada por Freud em *A interpretação dos sonhos* (1996 [1900]) ao comentar sobre o sonho de crianças como realização de desejo. Nesta obra, o sonho infantil ganha destaque, pois aparece sem muitas deformações e difere-se entre realização de desejos de vivências comuns à vida de uma criança, bem como a fantasias sexuais, os quais serão reafirmados na análise de sonhos de seus futuros pacientes infantis, como Hans. Segundo Freud, os sonhos de crianças pequenas “não levantam problemas para serem solucionados, mas por outro lado, são de inestimável importância para provar que, em sua natureza essencial, os sonhos representam realizações de desejos” (FREUD, 1996 [1900], p. 161-162).

É no texto de 1905 que a sexualidade será definida por sua natureza autoerótica e agrupada em objetos parciais. Para Mezan (2019), “o que Freud reabilita é a noção de prazer, ligada de modo indissolúvel à sexualidade a partir do momento em que esta é desvinculada da finalidade exclusivamente reprodutiva” (p. 126). Sendo assim, o sugar ou chupar o peito desprovido de sua função nutritiva será a primeira manifestação de natureza sexual do bebê, dirigida a ele mesmo. O que importará aqui é a busca do bebê pela repetição da experiência prazerosa, já vivida e agora lembrada. A manifestação da sexualidade infantil será definida por três características essenciais: “esta surge apoiando-se numa das funções vitais do corpo, ainda não tem objeto sexual, é autoerótica, e sua meta é dominada por zonas erógenas” (FREUD, 2016 [1905], p. 87).

Segundo Laplanche e Pontalis (2000), a expressão “complexo de Édipo” só aparecerá nos escritos de Freud em 1910. Porém, em 1905 ao tratar da escolha objetual na puberdade, Freud já menciona a importância da barreira contra o incesto efetuada pelos pais e que “a escolha objetual é realizada primeiramente na imaginação, e a vida sexual do adolescente não tem outra opção, praticamente, senão entregar-se à fantasia” (2016 [1905], p. 148).⁷ Somente em 1920 esta conceituação será amplamente atribuída à

⁶É nesta obra que Freud (2010 [1905]) descreverá as fases de organização da sexualidade infantil, nomeadas em fase oral, anal, fálica, período de latência e genital.

⁷ Neste tópico, há uma nota acrescida em 1920 [2014] explicando que tais fantasias “se ligam à pesquisa sexual infantil abandonada na infância, e provavelmente retrocedem ainda um pouco, até o período de latência” (p. 148). Com o desenvolvimento da teoria freudiana, as fantasias foram ganhando importância “na gênese de muitos sintomas, pois constituem seus estágios preliminares, ou seja, estabelecem as

estruturação do sujeito, transformando-o no evento mais decisivo na história de cada um. Segundo Mezan (2019, p. 509) tal “transformação que consiste em fazê-lo surgir como sujeito humano capaz de desejar e de reconhecer na realidade social a si mesmo, o objeto de seu desejo e os limites intransponíveis opostos ao exercício deste último”.

Ao abandonar a teoria da sedução, Freud percebe que os eventos traumáticos se referiam às fantasias das históricas de modo que a sexualidade infantil ganha corpo em sua teoria. Torna-se importante explicarmos como ocorre esse processo do ponto de vista metapsicológico. Segundo Nasio (1991), a teoria do trauma vem mostrar que vivências insuportáveis são carregadas de afeto inconsciente, há um “excesso de tensão inassimilável e errante, que não consegue descarregar-se sob a forma de um grito de socorro, por exemplo, ou de uma ação motora de fuga” (NASIO, 1991, p. 26). Além disso, o traço deixado pela vivência traumática se configura como uma imagem “superinvestida por esse excesso de energia acumulada” de forma que a representação recalçada e fonte do sintoma serão compostas por “uma sobrecarga de afeto e uma imagem superativada” (p. 26), assim já podemos ver a questão da imagem como representação, os quais serão discutidos mais detalhadamente no próximo tópico sobre os aspectos metapsicológicos.

Assim, o trauma não seria o evento em si da cena traumática, mas a sua recordação em tempo posterior da cena, com o afluxo de energia psíquica não podendo ser elaborado e trazido à consciência devido à repressão. Ainda que não se tratasse de cenas concretas, o fator traumático permanece, pois conforme Laplanche e Pontalis ressaltam “as fantasias, mesmo que não se baseiem em acontecimentos reais, têm para o sujeito o mesmo valor patogênico que Freud atribuía inicialmente às ‘reminiscências’” (2000, p. 525). Ainda segundo Laplanche e Pontalis (2000), Freud, na obra *Estudos sobre a histeria*, compara a “organização da memória a arquivos complexos onde as lembranças se arrumam segundo diversos modos de classificação: ordem cronológica, ligação em cadeias associativas, grau de acessibilidade à consciência” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2000, p. 513).

Importante atentarmos que uma discussão extremamente relevante será a da representação e os mecanismos de deslocamento e condensação da libido nela presente. Para Nasio (1991), na primeira teoria do trauma, “a causa da histeria não é um acidente

formas em que os componentes libidinais reprimidos encontram satisfação” (FREUD, 1920 citado por FREUD, 2016 [1905], p. 148).

mecânico externo e datável na história do paciente, mas o vestígio psíquico superinvestido de afeto; não é o fato em si da sedução que atua, mas a representação psíquica que constitui seu traço vivo” (p. 27). Aqui já há uma discussão sobre como o aparelho psíquico funciona, visto que as marcas de vivências traumáticas imprimem-se como imagens ou representação. Podemos dizer que a marca do traumático inscreve-se no aparelho psíquico como representação intolerável, assim o elemento fundamental do trauma refere-se não ao evento em si, mas ao vestígio psíquico deixado pela agressão; não é a natureza do impacto que importa, mas a marca que resulta dele, impressa na superfície do eu. É essa impressão, essa imagem altamente investida de afeto, isolada, penosa para o eu, que deve ser considerada a fonte do sintoma histérico, e até mesmo, em termos mais genéricos, a origem de qualquer sintoma neurótico, seja qual for (NASIO, 1991, p. 27).

A fim de entendermos como a representação sexual investida de afeto se movimenta no aparelho psíquico, precisamos lembrar que o mecanismo da repressão se dá pelo isolamento da representação insuportável, de forma que ao isolá-la esta ganha força, visto não atuar conjuntamente às outras representações. Enquanto permanece separada e, por isso, com gasto de energia psíquica crescente, o efeito traumático persiste causando sofrimento e impede de escoar sua energia contida. É dessa forma que o conceito de “aparelho psíquico” foi “fundado sobre a noção de instâncias separadas entre si por barreiras dinâmicas, e cujo funcionamento tem por princípio o vencimento de resistências psíquicas e por resultado a deformação constante do sentido nos conteúdos manifestos” (MEZAN, 2019, p. 160).

Do ponto de vista topológico, é no Sistema Inconsciente (Ics) que ocorre o processo primário. Segundo Laplanche e Pontalis (2000), de uma perspectiva econômica e dinâmica, no processo primário, “a energia psíquica escoar-se livremente, passando sem barreiras de uma representação para outra segundo os mecanismos de deslocamento e de condensação”, por isso reinvestem as representações ligadas à satisfação e desejo. Já o processo secundário, acontece no Sistema Consciente, dá-se por meio do adiamento da satisfação, posto que “a energia começa por estar ligada antes de se escoar de forma controlada; as representações são investidas de uma maneira mais estável”, dependendo assim de diferentes caminhos e distorções para satisfação (LAPLANCHE; PONTALIS, 2000, p. 370).

Vemos assim que as fantasias serão preponderantes para a formação dos sintomas, sua natureza de realidade psíquica oposta à realidade material é insignificante conforme Freud dirá, na obra *Conferências Introdutórias*, “no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a decisiva” (FREUD, 2014 [1917], p. 490). O caráter endógeno da formação dos sintomas e da psicopatologia freudiana delinearão todo o trabalho do analista e o desenvolvimento da técnica.

Assim, a fixação da libido em vivências infantis de que constituem os sintomas demonstram que “o investimento regressivo dessas fixações permite contornar a repressão e leva a uma descarga – ou satisfação – da libido, na qual as condições do compromisso precisam ser mantidas” (FREUD, 2014 [1917], p. 478). A fixação aparece distorcida como fantasma da cena incestuosa, de forma que a memória forjada como imaginação, manterá um ponto de contato através dos traços mnêmicos mesmo que reprimidos. Assim, se pergunta Freud (2014 [1917]) onde a libido encontraria as fixações que ajudaria a quebrar as repressões? “Nas práticas e vivências da sexualidade infantil, nas tendências parciais abandonadas e nos objetos da infância que foram deixados para trás. É para eles, pois, que a libido retoma” (FREUD, 2014 [1917], p. 479). Embora seja uma construção teórica clarificada no texto de 2014 [1917], suas bases estão na teoria da sexualidade.

O sofrimento que o sintoma causa ao sujeito terá destinos diferentes, mas o sofrimento se mantém, sobretudo pelas deformações decorrentes do processo repressivo e do conflito psíquico que dele decorre, “cuja pressão o sintoma foi levado a se formar” (FREUD, 2014 [1917], p. 485). Nas palavras do psicanalista,

na formação dos sintomas, colaboram os mesmos processos do inconsciente que atuam na formação dos sonhos: a condensação e o deslocamento. Como o sonho, o sintoma apresenta como realizada uma satisfação; trata-se de uma satisfação à maneira infantil, mas que, por intermédio de uma condensação extrema, pode ser comprimida em uma única sensação ou inervação e, pela via de um extremo deslocamento, pode se restringir a um pequeno detalhe de todo o complexo libidinal. (FREUD, 2014 [1917], p. 487).

O sintoma será visto por Freud como realização de desejo assim como os sonhos. Dado o enorme investimento de energia psíquica que o sintoma ocupa, é importante lembrarmos que sua formação decorre de processos inconscientes, de modo que “tão logo os processos inconscientes em questão se tornam conscientes, o sintoma

só pode desaparecer” (FREUD, 2014 [1917], p. 373). Dessa forma, o percurso para a eliminação do sintoma é realizado à medida que se pode tocar nos elos associativos ao evento traumático e percorrer as cadeias de recordações de uma cena à outra. Conforme Freud, mesmo que a cena inicial seja insuficiente ela levará a outra e por meio do “fio associativo que liga as duas lembranças – a que foi descoberta e a que ainda está por se revelar” (FREUD, 1996 [1896], p. 193).

Assim, o conceito de lembranças encobridoras vem demonstrar como o funcionamento psíquico opera em relação aos fatos e distorce por meio da repressão (*Verdrängung*) de forma a não trazer desprazer. Freud (1996 [1899]) se indagava por que lembranças infantis, por exemplo, poderiam ser tão claras ou como um fato irrelevante ganhava destaque frente a eventos mais significativos que eram esquecidos pelo paciente. Nas *Conferências Introdutórias*, em que o psicanalista é definido como arqueólogo do inconsciente em busca do que acontece na pré-história infantil, Freud (2014 [1917]) afirma que tudo poderá ser lembrando por intermédio de uma criteriosa análise:

Com o auxílio da análise, já procurei em outro momento abordar o mistério da amnésia infantil e dos resquícios de memória que a interrompem, tendo chegado à conclusão de que, na verdade, também na criança apenas o que é importante permanece na memória. O que ocorre é que, mediante os processos da condensação e muito particularmente do deslocamento, já conhecidos dos senhores, esse conteúdo importante se faz representar na memória por coisas aparentemente irrelevantes. Por essa razão, denominei essas memórias infantis lembranças encobridoras; mediante análise minuciosa, pode-se obter delas tudo que foi esquecido. (FREUD, 2014 [1917], p. 270).

As bases para esta afirmação depreendem do processo de formação de lembranças em que estão em jogos duas forças psíquicas, as quais realizam uma formação de compromisso. Tais forças agem sobre a lembrança de forma que uma delas opera para que a mesma possa ser buscada para ser lembrada e a outra, enquanto resistência tenta evitar qualquer tipo de preferência ou escolha. Como resultado há uma conciliação, em que nenhuma força prevaleça sobre a outra, pois “o que é registrado como imagem mnêmica não é a experiência relevante em si - nesse aspecto, prevalece a resistência; o que se registra é um outro elemento psíquico intimamente associado ao elemento passível de objeção” (FREUD, 1996 [1899], p. 290). Assim impressões

importantes podem ser fixadas e transcritas por meio de imagens mnêmicas reprodutíveis.

Desse modo, há um funcionamento próprio de fenômenos lembráveis que se dão por deslocamento, que superam a resistência e formam imagens e lembranças por falsificações, tornando-as passíveis de serem narradas de forma trivial sem aparente importância, os quais serão capturados pela técnica analítica posteriormente. Assim “em vez da imagem mnêmica que seria justificada pelo evento original, produz-se uma outra, que foi até certo ponto associativamente *deslocada* da primeira” (FREUD, 1996 [1899], p. 180, grifo do autor). Podemos dizer que a função da lembrança encobridora é dar destino ao evento recalçado que junto à fantasia constrói eventos passados. Assim, este processo envolve “conflito, recalçamento e substituição envolvendo uma conciliação - retorna em todos os sintomas psiconeuróticos e nos fornece a chave para compreendermos sua formação” (FREUD, 1996 [1899], p. 291).

Para Mezan (2019), o abandono da teoria da sedução por Freud e a conceptualização da recordação encobridora pôde demonstrar como “o passado é reelaborado e mesmo reinventado na fantasia, com a consequência de que as relações cronológicas se invertem e, mais grave, os elementos pertencentes a uma mesma vivência são dissociados e recombinaados, para formar ficções defensivas” (p. 448).

Isso explicaria ainda por que as lembranças da infância são suscetíveis a falseamentos, pois Freud (1996 [1899]) se questiona se teríamos mesmo lembranças de eventos vividos na infância ou lembranças relativas à infância. Da mesma maneira, o esquecimento ou amnésia podem ser compreendidos como distorções ou falsificações da memória. Já advertia Freud (2014 [1917]) que “na análise de cada sintoma de histeria, somos conduzidos, via de regra, a uma cadeia de impressões de toda a vida, que, ao retornar, são expressamente caracterizadas como esquecidas” (2014 [1917], p. 378). Em suas palavras:

Nossas lembranças infantis nos mostram nossos primeiros anos não como eles foram, mas tal como apareceram nos períodos posteriores em que as lembranças foram despertadas. Nesses períodos de despertar, as lembranças infantis não *emergiram*, como as pessoas costumam dizer; elas foram formadas nessa época. E inúmeros motivos, sem qualquer preocupação com a precisão histórica, participaram de sua formação, assim como da seleção das próprias lembranças. (FREUD, 1996 [1899], p. 304, grifo do autor).

A partir desta afirmação podemos notar que a formação do sintoma nos neuróticos revela o mecanismo de seleção das lembranças, sem qualquer capacidade consciente de controlá-la, sobretudo porque permitem que a libido encontre alguma satisfação. Assim, no sintoma e na sua formação, trata-se da resolução do conflito para satisfação libidinal, em que “duas forças que divergiram tornam a se encontrar no sintoma, reconciliam-se, por assim dizer, mediante compromisso da formação do sintoma” (FREUD, 2014 [1917], p. 476). Tal mecanismo esconde-se por meio da repressão de forma que as soluções de compromisso tratam do “investimento de outras representações menos perigosas do que a representação intolerável” (NASIO, 1991, p. 29).

O sentido do sintoma reúne duas coisas, uma refere-se à sua procedência e outra a sua destinação, ou seja, a que servem a partir das vivências que o originaram. Com isso, a “procedência de um sintoma se reduz, pois, a impressões vindas de fora, que já foram conscientes no passado, mas que o esquecimento pode ter tornado inconscientes” (FREUD, 2014 [1917], p. 379). A defesa do esquecimento mantém a representação intolerável inconsciente, de forma que “a destinação de um sintoma, sua tendência, é sempre um processo endopsíquico, que pode haver se tornado consciente no início ou pode também jamais tê-lo sido, tendo permanecido desde sempre no inconsciente” (2014 [1917], p. 379).

Os destinos da representação intolerável terão formações de sintomas distintos nos quadros de neurose. Na histeria, a repressão (*Verdrängung*) é desarticulada quando “o excesso de energia passa de seu estado primário - a sobrecarga de uma representação intolerável- para o outro estado de carga constituído pelo sofrimento corporal”, portanto mais suportável à consciência (NASIO, 1991, p. 29). Nos diferentes quadros de neurose, o conflito entre sobrecarga de energia e recalçamento tomará contornos distintos segundo os caminhos que novas representações serão investidas a fim de abdicar da representação intolerável.

Em 1915, no texto *O Inconsciente*, Freud explicará o destino que toma a libido na histeria de conversão, em que “o investimento instintual da ideia reprimida é transformado em inervação do sintoma”, aqui vemos o sintoma instalar-se no corpo e com grande carga afetiva, posto que a “porção eleita para sintoma preenche a condição de exprimir tanto a meta de desejo do impulso instintual como o esforço de defesa ou castigo do sistema Cs” (FREUD, 2010 [1915], p. 125).

Conforme explicação de Nasio (1991) há uma continuidade do excesso na sobrecarga energética, que contorna o recalçamento, produzindo sintomas como soluções precárias e com dois estados diferentes e sucessivos. Um primeiro estado “corresponde ao momento em que ela investe a representação intolerável (cena traumática); e o estado secundário corresponde ao momento em que ela investe uma representação qualquer” (1999, p. 29). Se a representação investida pertencer ao pensamento teremos o quadro obsessivo, ao mundo externo, um quadro fóbico e ao corpo, o quadro da histeria, demonstrando assim que o destino do sintoma terá três vias para a neurose.

O sintoma histérico terá assim uma história narrável, desmembrada por meio do retorno ao ponto de fixação da libido e suas lembranças encobridoras. Aquilo que a histérica esquece ou não atribui importância, será o fio condutor para o sintoma, pois para Freud (1996 [1899]), as amnésias do neurótico têm importante relação com o surgimento dos seus sintomas. Desse modo, segundo Freud, a tarefa do tratamento psicanalítico será o de “preencher todas as lacunas na memória do doente, eliminar suas amnésias” (Freud, 2014 [1917], p. 377). E com isso romper a repressão e tornar consciente as lembranças traumáticas.

Metade do segredo da amnésia histérica é desvendado ao dizermos que as pessoas histéricas não sabem o que não *querem* saber; e o tratamento psicanalítico, que se esforça por preencher tais lacunas da memória no decorrer de seu trabalho, leva-nos à descoberta de que a tarefa de resgatar essas lembranças perdidas enfrenta certa resistência, que tem de ser contrabalançada por um trabalho proporcional a sua magnitude. (FREUD, 1996 [1899], 281, grifo do autor).

Na neurose obsessiva, o processo é prolongado, devido à dificuldade da repressão (*Verdrängung*) deslocada em manter-se. Com o passar do tempo, observa-se que “seu fracasso se torna cada vez mais evidente. Falhando o recalçamento, o afeto ressurgiu sob a forma de angústia e autocensura, provocando novas substituições por deslocamento” e outras formas de fuga (GARCIA-ROZA, 1995, p. 203). O sintoma obsessivo será caracterizado por ideias fixas e intrusivas, as quais se instalam como ideia consciente no pensamento superinvestida de afeto. Com isso, há uma distorção da ideia reprimida enquanto representação dolorosa, que, dessa forma, pode ser abandonada (NASIO, 1991).

Mezan (2019) aponta que na construção da questão do sintoma obsessivo o elemento cultural ganha destaque pelos efeitos da moral sobre o processo repressivo que retorna, de forma que,

autorrecriminações só podem emergir quando a representação das normas morais se torna passível de associação com a representação dos atos cometidos: é o elemento essencial da moral que se desenha aqui, ou seja, a responsabilidade pelas próprias ações. Por outro lado, torna-se clara a função das autorrecriminações: eludir a angústia, que corresponde ao sentimento de culpabilidade em estado livre, ligando-a a representações definidas, que podem então ser combatidas pelos cerimoniais protetores. (MEZAN, 2019, p. 197).

Já na fobia, a carga afetiva deixa a representação dolorosa, mas fica, inicialmente, flutuante, livre e sem ligações até que possa ser projetada para fora do eu, no mundo externo. É desse modo que vemos a fobia fixar-se num elemento específico do qual o paciente precisa fugir para evitar que a angústia apareça. Tal elemento tornado objeto fóbico poderá ser um animal, o avião, carro, espaço fechado dentre outros.

O caminho percorrido, neste tópico, teve-se, especialmente, à primeira tópica freudiana e à organização psíquica da estrutura nomeada por neurótica. Podemos dizer que a gratificação de experiências primárias da pulsão sexual permeia o desenvolvimento psíquico e habita a realidade psíquica do sujeito freudiano. No próximo tópico, trataremos do sintoma na psicose e da memória.

2.1 A construção do sintoma na psicose e a memória em Freud

O quadro de psicose começa a ser descrito por Freud, em 1896, no artigo *Novas observações sobre as psiconeuroses de defesa*, em que ele se distancia da psiquiatria para pensar a etiologias dos quadros psicopatológicos da paranoia, desde a referência da sexualidade na infância, conforme sua clínica e achados sobre as neuroses. Nas *Sinopses dos Escritos* de 1897, Freud afirma que “a etiologia da paranoia deve ser buscada nas mesmas experiências sexuais da primeira infância” (FREUD, 1996 [1897], p. 242).

No relato do caso da Sra P., Freud acompanha por meio da cadeia associativa de uma vivência a outra até chegar ao evento precipitante e reprimido da experiência amorosa entre a Sra P. e o irmão aos seis anos de idade. Desse modo, para Freud, a paranoia também se baseia numa repressão e os fatos narrados como “alucinações nada

mais eram que partes do conteúdo de suas experiências infantis recalçadas, ou seja, sintomas do retorno do recalçado” (FREUD, 1996 [1899], p. 179).

As vozes também estavam relacionadas à repressão das representações semelhantes ao trauma infantil, mas emergiam como autoacusações. Assim, o retorno do recalçado aparecia no sintoma das vozes a ela dirigidas. Freud (1996 [1896]) segue sua análise, aproximando o mecanismo dos sintomas da paranoia aos sintomas obsessivos, sobretudo os de autoacusações, cuja repressão forma a autodesconfiança como sintoma primário. No entanto, ele isola o processo psíquico que define a paranoia, ou seja, a projeção. A defesa primária advinda de parte do sintoma paranoico será representações delirantes de perseguição por outrem, descritas como suspeita de desconfiança, as quais ocorrem por meio da rejeição da representação intolerável para o Eu, que, então, é projetada para o exterior. Assim,

Na paranoia, a auto-acusação é recalçada por um processo que se pode descrever como *projeção*. É recalçada pela formação do sintoma defensivo de *desconfiança nas outras pessoas*. Dessa maneira, o sujeito deixa de reconhecer a auto-acusações; e, como que para compensar isso, fica privado de proteção contra as auto-acusações que retornam em suas representações delirantes. (FREUD, 1996 [1896], p. 182, grifo do autor).

Outro aspecto descrito por Freud refere-se à distorção dos traços mnêmicos ocorridos na alucinação, assim como na neurose obsessiva, de forma que uma imagem atual toma lugar da imagem reprimida. Apesar de limitações que o caso apresentou para conclusão da análise dos sintomas, Freud (1996 [1896]) destaca que “a chamada *fraqueza de memória* dos paranoicos é também tendenciosa - isto é, baseia-se na repressão (*Verdrängung*) e serve aos fins da repressão (*Verdrängung*)” (FREUD (1996 [1896], p. 110, grifo do autor). Assim, as lembranças não patogênicas, fruto da substituição realizada pela repressão, seguem subsequentemente.

Segundo Mezan, os textos entre 1909 e 1911 sobre os casos clínicos de fobia, *O pequeno Hans*, de neurose obsessiva, *O Homem dos ratos*, e o de psicose, *O Caso Schreber*, terão consequências definitivas para os desdobramentos do movimento psicanalítico e mais especificamente sobre a relação de Freud com Jung, que havia tratado de pacientes psicóticos. Ressaltamos que o livro das memórias de Schreber foi apresentado à Freud por Jung. Assim o incremento realizado por Freud à “abordagem

dessas outras patologias é feita com o apoio de uma teoria sexual coerente e acabada, e que, precisamente, ela obriga a introduzir, nessa teoria sexual, modificações e ampliações” (MEZAN, 2019, p. 329).

O próprio Freud comentou sobre avanços realizados pela teoria e sua troca de ideias com Karl Abraham, em 1908 acerca da característica principal da paranoia *dementia praecox* (incluída entre as psicoses) como “falta do investimento libidinal dos objetos” (2014 [1917], p. 549). A resposta sobre o questionamento sobre o que aconteceria com essa libido afastada dos objetos foi prontamente respondida por Abraham: “ela reverteria para o Eu, e essa reversão reflexiva é a fonte da megalomania na demência precoce” (FREUD, 2014 [1917], p. 549).

Será no estudo do “caso Schreber” que a retração da libido será mais bem explanada, a fim de explicar o acentuado desinteresse do psicótico por enorme parte da realidade exterior, os quais sugerem para a primeira tópica freudiana a “idéia de que, nessas afecções, a libido retirada dos objetos retrocede até o próprio ego do sujeito, permanecendo ali fixada” (Mezan, 2019, p. 399). Tais conceitos serão ampliados nas obras posteriores *Introdução ao narcisismo* de 1914 e *O Inconsciente* de 1915.

Assim com a conceituação posterior sobre o narcisismo e a mudança na alocação da libido “que encontramos apegada aos objetos e que é expressão do anseio de neles conquistar satisfação, pode também deixá-los, substituindo-os pelo próprio Eu” (FREUD, 2014 [1917]. p. 549) vemos mudanças significativas na teoria da libido.

Nas psicoses, a regressão é mais ampla, e a libido retrocede até o ego. Mas, se ela retrocede, é porque originalmente procede dele: o ego seria assim o primeiro objeto a ser investido pelas pulsões sexuais. Esse estado, em que o ego forma o objeto único da libido, constitui a etapa narcisista. O investimento maciço do ego pela libido explicaria de um só golpe três fenômenos aparentemente heterogêneos: a perda do interesse pela realidade exterior, a megalomania e a inacessibilidade desses pacientes à terapia analítica, que exige no limite mínimo o investimento afetivo da pessoa do analista. (MEZAN, 2019, p. 399).

No capítulo posterior iremos apresentar o Caso Schreber e a análise realizada por Freud em 2010 [1911], por isso optamos por não mencionar aqui as conceituações acerca do funcionamento psíquico da paranoia alcançados por Freud sobre este importante livro para a história da psicanálise. Ademais podemos observar que assim como nas neuroses, a psicose também será pensada a partir de reminiscências de

vivências traumáticas na infância, o que nos faz pensar que tratam da memória da mesma forma.

Em linhas gerais trataremos do desenvolvimento sobre a teorização da paranoia após 1911, dado o recorte da nossa pesquisa, continuaremos centrados no período que abrange a primeira tópica. Assim, em 1914 em *Introdução ao Narcisismo* a questão que Freud se coloca é sobre o destino da pulsão, conforme demonstramos no tópico sobre a metapsicologia. A ideia melhor formatada será a de que na neurose, o comum é a “fuga ante o investimento consciente da ideia substituta se exprime nas renúncias, evitações e proibições em que reconhecemos a histeria de angústia” (FREUD, 2010 [1915], p. 124). Desse modo, na histeria de angústia, mais especificamente como medo ou fobia, não se percebe o que o desperta. Entende-se que no “Ics havia um impulso de amor*demandava transposição para o sistema Pcs; mas o investimento a ele dirigido, vindo desse sistema, recolheu-se como numa tentativa de fuga”, e a angústia foi o resultado do investimento libidinal inconsciente da ideia recusada (FREUD, 2010 [1915], p. 121).

Com Freud, aprendemos que a neurose depende da repressão (*Verdrängung*), e esta pode ser vista como marco do funcionamento psíquico inconsciente. Vê-se que o sistema Inconsciente permanece com investimento libidinal, a despeito da repressão (*Verdrängung*) e que abster-se do objeto é o que “traz a irrupção da neurose, e que a neurose implica a renúncia ao objeto real, e também que a libido subtraída ao objeto real retrocede a um objeto fantasiado e dele a um reprimido (introversão)” (FREUD, 1915[2010], p. 139). Nas palavras de Freud, ocorre que

Na fronteira do Pcs, o ics é rechaçado pela censura, e derivados dele podem contornar essa censura, organizar-se superiormente, crescer no Pcs até atingir certa intensidade no investimento, mas depois de a haver ultrapassado, ao procurar se impor à consciência, são reconhecidos como derivados do ics e novamente reprimidos na nova fronteira de censura entre Pcs e Cs. Assim, a primeira censura funciona para o Ics mesmo; a última, para os derivados ics dele. Podemos supor que a censura adiantou-se um tanto no curso do desenvolvimento individual. (FREUD, 2010 [1915], p. 135).

E o que aconteceria então nos casos de psicose? Segundo Freud (1914 [2010]) o conceito de narcisismo, com a retirada da libido do mundo externo e dirigida ao Eu serão as bases iniciais para se compreender o funcionamento psicótico e a dificuldade

desses pacientes para o estabelecimento da transferência. A constituição dos sintomas psicóticos terá relação com o surgimento de fenômenos hipocondríacos ligados ao autoerotismo, de forma que o “hipocondríaco retira interesse e libido — esta de maneira bem nítida — dos objetos do mundo exterior e concentra ambos no órgão que o ocupa” (FREUD, 1914 [2010], p. 16).

Os sintomas psicóticos serão descritos como tentativas de restituição da libido aos objetos, conforme Freud descreveu no Caso Schreber. A formação do delírio refere-se a esta tentativa de forma que o investimento libidinal não permanece nos objetos, como na fantasia, mas retorna ao Eu. Assim, “a megalomania corresponde, então, ao domínio psíquico sobre esse montante de libido, ou seja, à introversão para as fantasias encontrada nas neuroses de transferência; do fracasso desta realização psíquica nasce a hipocondria da parafrenia, análoga à angústia das neuroses de transferência” (FREUD, 1914 [2010], p. 30).

Em 2010 [1915], Freud descreverá que no quadro psicótico, a repulsa ao mundo externo tem o aparecimento de “sinais de um sobreinvestimento do próprio Eu, o desfecho na completa apatia, todos esses traços clínicos parecem condizer perfeitamente com a hipótese de um abandono dos investimentos objetivos” (FREUD, 2010 [1915], p. 139), os quais não podem ser substituídos pela fantasia. Aqui Freud amplia a discussão ao demonstrar que na histeria, a representação-palavra pode ser acessada, diferentemente do que acontece na psicose, visto que há uma retração no campo verbal de forma que a palavra expressa torna-se extremamente confusa, o que foi demonstrado a partir de um caso de Victor Tausk. O que ocorre é que na esquizofrenia,

as palavras são submetidas ao mesmo processo que forma as imagens oníricas a partir dos pensamentos oníricos latentes, que chamamos de processo psíquico primário. Elas são condensadas e transferem umas para as outras seus investimentos por inteiro, através do deslocamento. O processo pode ir tão longe que uma única palavra, tornada apta para isso mediante múltiplas relações, assume a representação de toda uma cadeia de pensamentos. (FREUD, 2010 [1915], p. 143).

Já no processo secundário, realizado pelo sistema Pcs a representação-coisa torna-se acessível podendo ser acessada, como ocorre nos sintomas neuróticos. Na esquizofrenia palavra e coisa não se alinham, pois o investimento pulsional progride sobre as representações-de-palavra, desinvestindo as representações-de-coisa (FREUD, 2010 [1915]).

Importante a menção de Freud sobre as limitações que os casos de paranoia e de superinvestimento como nas afecções narcísicas apontam, visto que se diferenciam das neuroses de transferência especialmente em relação à resistência, difíceis de serem rompidas. Assim ele dirá em 2014 [1917], “a resistência é intransponível; podemos, no máximo, lançar um olhar curioso sobre o muro, a fim de espiar o que se passa do outro lado. Nossos métodos técnicos precisam, portanto, ser substituídos por outros” (2014 [1917], p. 560). Tais modificações serão explicitadas pelo avanço da teoria psicanalítica realizada pelo pai da Psicanálise, especialmente na segunda tópica, a partir de 1920.

No próximo capítulo apresentaremos o estudo realizado por Freud sobre as *Memórias* de Schreber e sua análise sobre as mesmas.

3 O FUNCIONAMENTO DA MEMÓRIA NO PSICÓTICO: O CASO SCHREBER ANALISADO POR FREUD

3.1 Apresentando Daniel P. Schreber

O estudo sobre as *Memórias* de Schreber é um dos textos emblemáticos da Psicanálise, pioneiro na literatura das doenças mentais e na caracterização da psicose. Daniel Paul Schreber (1842-1911) provinha de uma família alemã burguesa abastada e intelectualmente exigente. Foi jurista e conquistou prestígio em sua carreira, tendo sofrido três importantes crises durante a vida, que decorreram em internações e sofrimento.

O escrito de Schreber deu-se entre 1900 e 1902 com o intuito de retomar sua condição legal de magistrado do Ministério da Justiça do Reino da Saxônia, no exercício do cargo de juiz-presidente da Corte de Apelação subtraída por interdição legal devido ao seu adoecimento. Trata-se de uma extensa batalha judicial, perdida em primeira instância, porém conquistada posteriormente na instância superior. Recuperou os direitos sobre seus bens, no entanto jamais conseguiu retornar para suas atividades profissionais.

Segundo dados biográficos, é pouco provável que Freud tenha tido contato com familiares de Schreber. No entanto, o pai deste era figura conhecida e respeitada em seu meio. Conforme Carone nos mostra em seu importante texto *Da loucura de prestígio ao prestígio da loucura* que compõe a edição brasileira das *Memórias*, a família de Schreber era de alto valor social. Não à toa, o próprio Schreber “estava convencido de que seu trabalho seria acolhido como valiosa contribuição para a pesquisa científica, servindo de fonte de reflexão para as gerações futuras”, o que veremos como verdade no desenvolvimento da teoria psicanalítica até os dias presentes (CARONE, apud SCHREBER, 2021 [1903], p. 11).

Daniel Paul Schreber (1842-1911) nasceu em Leipzig na Alemanha e provinha de uma tradicional família de protestantes burgueses, que atribuíam enorme valor ao trabalho intelectual e às contribuições e sucesso que as mesmas trariam e destacariam a família como cultos e abastados. Conforme Carone (apud SCHREBER, 2021 [1903]), o interesse familiar pelo bem da humanidade e, sobretudo, pela moralidade pode ser observado pelas diferentes áreas do conhecimento em que seus antepassados produziram obras escritas, como Direito, Economia, Pedagogia e Ciências Naturais.

Figura importante para a análise de Freud, seu pai, Daniel Gottlieb Moritz Schreber (1808-1861), seguia as tradições familiares e paternas e como médico ortopedista e pedagogo, escreveu inúmeros livros que até hoje são conhecidos acerca da educação, higiene e prática físicas que trariam benefícios para as crianças. Era conhecido por defender uma verdadeira doutrina educacional marcada pela rigidez e moral, as quais promoveriam uma vida elevada por meio do amplo controle sobre a vida em seus diferentes aspectos.

A fim de garantir o controle corporal e uma postura ereta desde a infância projetou e desenvolveu diversos aparelhos de ferro e couro com fins ortopédicos, cujo uso e aplicação na educação dos filhos, era motivo de orgulho pelos resultados obtidos, afinal acreditava que seu trabalho aperfeiçoaria as obras de Deus e toda a sociedade humana.

Carone nos informa que a família era composta por cinco filhos: Daniel Gustav (1839-1877), Anna (1840-1944), Daniel Paul (1842-1911), Sidonie (1846-1924) e Klara (1848-1917), o filho mais velho, Daniel Gustav, se suicidou em 1877, aos 38 anos após a nomeação para o cargo de *Gerichtsrat* (conselheiro do Tribunal). Daniel Paul passou treze anos de sua vida encerrados em sanatórios psiquiátricos e no final da vida estava demenciado. Não se tornou “o cidadão exemplar previsto pelo modelo paterno, mas alcançou a imortalidade que os Schreber sempre almejaram: tornou-se o louco mais famoso da história da psiquiatria e da psicanálise” (CARONE, apud SCHREBER, 2021 [1903], p.13).

Acerca da infância, até aquele momento pouco se sabia, apenas que foi uma criança doce e submissa aos mandos autoritários do pai. Conforme o próprio Daniel Schreber escreve nas *Memórias*:

Qualquer pessoa que na minha vida pregressa tenha estado próxima de mim, pode dar testemunho de que eu era de uma natureza tranqüila, quase sóbria, sem paixão, com pensamento claro e cujo talento individual se orientava mais para a *crítica intelectual fria* do que para a *atividade criadora* de uma imaginação solta. De modo algum eu era o que se costuma chamar de poeta, embora vez por outra tenha tentado escrever versos de ocasião, em pequenas comemorações familiares. (SCHREBER, 2021 [1903][1911], p. 82).

Já na juventude, seu maior interesse era o estudo das ciências da natureza, sobretudo da então nova teoria da evolução, não tendo inclinação religiosa

preponderante. Teve uma contundente formação teórica e cultural, poliglota e com amplos conhecimentos além de sua especialidade jurídica como em Literatura, História e Ciências Naturais.

Acerca da mãe, Carone (apud SCHREBER, 2021 [1903], p.13) destaca pouca referência dos biográficos em relação a mesma, “sabe-se apenas que era uma mulher pouco afetiva, deprimida e inteiramente dominada pelo marido”, o que terá importantes desdobramentos na forma como o adoecimento de Schreber pretende ser compreendido neste estudo em detrimento da parca referência a esta na interpretação realizada por Freud.

Dois eventos marcantes precedem o adoecimento de Schreber, o primeiro com um grave acidente do pai em 1859, o qual tem um comprometimento cerebral irreversível, passa os três últimos anos de vida no quarto fechado. No ano de seu falecimento, 1861, Daniel Paul, então com 19 anos, abandona sua inclinação de estudos para as Ciências Naturais e encaminha-se para o estudo do Direito, tal qual seu irmão Daniel Gustav. O outro evento refere-se ao suicídio deste irmão, com um tiro na cabeça, aos 38 anos.

A partir de então, as exigências familiares sobressaem sobre Daniel Paul que além de dar continuidade ao histórico intelectual de sua tradicional família ou dar continuidade por meio de filhos que pudessem honrar a orgulhosa família Schreber. É assim que somente um ano após a morte do irmão, em 1878, Daniel Paul está casado com Ottilin Sabine Behr, jovem mulher, quinze anos mais jovem que ele e de nível social consideravelmente inferior ao de sua família.

Do ponto de vista profissional estava em franco crescimento, de jurista e funcionário do Ministério da Justiça do Reino da Saxônia, teve o seu primeiro cargo de escrivão-adjunto, evoluindo a auditor da Corte de Apelação, assessor do Tribunal, conselheiro da Corte de Apelação. Segundo Carone (apud SCHREBER, 2021 [1903]), a ambição de Schreber o levou a concorrer pelo Partido Nacional Liberal às eleições parlamentares em 28 de outubro de 1884, cujo resultado foi de uma grande derrota. À época, tinha 42 anos e já tinha dezenove anos de carreira jurídica, no entanto sua derrota eleitoral ganhou destaque de forma irônica num jornal da Saxônia, intitulado: “Quem conhece esse tal Dr. Schreber?”. Conforme Carone “para quem fora criado no culto orgulhoso dos méritos dos antepassados e fora testemunha da celebridade do pai, este

artigo trazia impressa, como um insulto, a face pública do seu anonimato” (apud SCHREBER, 2021 [1903], p.15).

A partir desse ano, as crises de Daniel Paul se agravam e resultam em consideráveis períodos de internação, conforme veremos no item a seguir. Em dezembro deste mesmo ano, ele tem sua primeira internação na clínica para doenças nervosas da Universidade de Leipzig, cuja direção estava a cargo do Prof. Paul Emil Flechsig, um dos maiores psiquiatras e neurologistas da época. Na breve referência que Schreber faz a essa internação, em seu livro, não dá a devida importância aos seus importantes sintomas. Nas palavras de Carone,

Hoje sabemos que o quadro era mais grave, com manifestações delirantes não sistematizadas e duas tentativas de suicídio. Schreber se acredita incurável, queixando-se de ter perdido de 15 a 20 kg de peso (enquanto a balança acusava um aumento de 2 kg). Vive cada momento como o último, pois está certo de que um ataque do coração é iminente. Está convencido de que os médicos o enganam intencionalmente sobre o seu peso. Suspeita de que a esposa será enviada para longe sob qualquer pretexto e não voltará. Pede para ser fotografado seis vezes. Sente-se muito fraco para caminhar e precisa ser carregado. A 26 de maio insiste em ser fotografado "pela última vez". (CARONE, apud SCHREBER, 2021 [1903], p. 15).

Os sintomas hipocondríacos presentes nesta internação não foram iniciados neste período apenas. Os dados informam que ele já havia tido outro quadro em 1978 próximo à data do casamento. Sobre a relação com o médico, há uma indicação significativa escrita por Daniel nas *Memórias* em relação ao tratamento medicamentoso e do médico em relação a ele:

E só pude tomar como mentira piedosa quando, p. ex., o professor Flechsig quis fazer passar minha doença por mera intoxicação por brometo de potássio, atribuindo-se o peso desta responsabilidade ao Dr. R. em S., com quem estive em tratamento anteriormente. Eu também teria podido me livrar bem mais depressa de certas idéias hipocondríacas que então me dominavam, como a de emagrecimento, se algumas vezes me tivessem deixado manejar sozinho a balança que servia para determinar o peso do corpo — a balança que na época se encontrava na clínica da universidade era de uma construção peculiar, para mim desconhecida. Mas estas são coisas de menor importância, às quais não dou muito peso; talvez não se possa exigir do diretor de uma grande instituição, na qual se encontram centenas de pacientes, que ele penetre tão profunda e detalhadamente na conformação mental de um único entre eles. (SCHREBER, 2021 [1903], p. 62).

Como sabemos, a relação com o Dr. Flechsig terá muitos desdobramentos não somente em seu tratamento, como no conteúdo de seus delírios. Os anos seguintes e as internações serão descritas no próximo tópico, mas é importante mencionarmos que embora trocasse correspondências com a esposa, foi a partir de 1900 que Daniel Paul Schreber começa a escrever suas *Memórias* de modo sistemático, sobretudo para justificar sua defesa perante a justiça. Em 1902 retoma sua vida social e termina sua obra. É a este período que Freud tem acesso e elabora sua análise.

Segundo Carone (apud SCHREBER, 2021 [1903], p. 20), as pesquisas posteriores mostram que a despeito dos protestos da família sobre a publicação de suas *Memórias* e do risco de apreensão legal por censura, Schreber consegue que o livro seja publicado em pela editora O. Mutze, de Leipzig, em 1903. Ele cede às pressões familiares e aceita a suprimir o capítulo III, nunca mais localizado, no qual fala sobre os demais membros da família, no entanto consegue manter o uso de expressões que ele mesmo avalia como vulgares, com o fito de manter-se fiel a forma como “as vozes se expressam”.

Em 1903, morando em Dresden, o casal Schreber adota uma menina órfã, com 13 anos de idade à época, com quem Daniel tem uma relação afetuosa e terna. Conforme Carone (apud SCHREBER, 2021 [1903]) a relação entre pai e filha é próxima e os dois fazem longas caminhadas pelas florestas e montanhas próximas à cidade. Durante este período, que durou quatro anos, Schreber está bastante ativo físico e intelectualmente, podendo viver um período de estabilização e de conquistas pessoais. Os sinais perceptíveis da doença desaparecem quase completamente e no primeiro ano após sua alta tem registros de gritar a noite poucas vezes. Outro dado importante é o de que “quando lhe perguntam sobre a doença, diz que as vozes nunca o deixaram, mas que agora soam como um zumbido incompreensível e contínuo, localizado num ponto da parte posterior da cabeça, por onde tem a sensação de ser puxado por um fio” (CARONE, apud SCHREBER, 2021 [1903], p. 20).

Lothane (1992) dedicou-se a pesquisar por meio de cartas e documentos a vida de Schreber e cita em carta com Niederland que “Fridoline descreveu a mãe adotiva como charmosa, mimada, egoísta, com muitas ligações com o mundo artístico do teatro alemão e de relacionamento difícil, com quem se desentendeu muitas vezes”, diferentemente da relação com o pai, com o qual sempre teve uma proximidade maior

(LOTHANE, 1992 *apud* TENEMBAUM 2020, p.86). Sobre o pai adotivo, Fridoline diz:

Em toda a minha vida não conheci um homem tão nobre quanto ele, amoroso, justo, carinhoso, extremamente inteligente e instruído, Ele era musical, interessado em história, geografia e religião, mas tinha uma mente aberta e não era carola. Ele nunca falava sobre sua experiência em Sonnenstein. (LOTHANE, 1992 *apud*, TENEMBAUM, 2020, p.86).

Em 1905, o casal e a filha mudam-se para uma casa nova em Dresden e vivem um período de estabilidade rompido, em 1907, quando a mãe de Schreber falece, em maio, aos 92 anos de idade. Ele encarrega-se das questões legais de inventário, no qual trabalha com afinco e parecendo não ficar muito comovido pela perda materna (TENEMBAUM, 2020). Tem apenas alguns episódios de insônia durante alguns dias. No entanto, em novembro deste mesmo ano, há um episódio marcante de adoecimento da esposa, que sofre um derrame cerebral em que sofre uma afasia por quatro dias. Após este evento, Schreber não reage bem e “seu estado se agrava rapidamente; acredita estar sofrendo uma recaída, pois voltam as crises de insônia e a angústia, escuta vozes novamente, cada vez mais fortes” (CARONE, *apud* SCHREBER, 2021 [1903], p. 20).

Em 27 de novembro de 1907, Schreber tem sua terceira e última internação, no sanatório de Dösen, próximo de Leipzig. A causa era atribuída ao choque causado pelo adoecimento da esposa. No entanto, Carone (*apud* SCHREBER, 2021 [1903]) destaca que um estudo de 1981, com informações adicionais sobre os eventos daquele período, que levanta outra hipótese sobre tal crise. Trata-se de uma visita feita a Schreber dos membros das Associações Schreber (*Schreibervereine*), no início do mês de novembro. Estas Associações pretendiam formalizar o nome Schreber como herdeiras das ideias do seu pai e solicitavam apoio para registrá-las como verdadeiras Associações Schreber. Como Daniel Paul era o único filho homem restante da família e ainda sendo jurista e representante legal do inventário da mãe, lhe foi demandado avaliar e legitimar o legado paterno por meio dos seus desejados herdeiros. Mesmo não sabendo-se como ele lidou com a questão, a nova hipótese levantada é a de que esse evento pode ter suscitado a sua derradeira crise mental.

As informações sobre essa internação não constam nas *Memórias*, visto que ocorreram após sua publicação, mas parecem mostrar um período de intenso sofrimento e até perda de contato com o mundo externo. De acordo Carone,

O fato é que Schreber é hospitalizado pela terceira vez, num estado psíquico desde o início considerado gravíssimo. Passa quase todo o tempo na cama, praticamente não fala e mantém uma postura rígida, com os olhos fechados, como quem escuta. Quando se levanta, seu andar é rígido e os movimentos angulares. A expressão facial é de grande sofrimento. Afirma que seu *corpo se deteriorará*, mas seu *cérebro continuará vivo*. Fala de sua iminente decomposição e pede ao médico para providenciar o enterro. Às vezes murmura algo como "cheiro de cadáver", "apodrecimento". Descuida da aparência, recusa-se a tomar banho e suja-se intencionalmente com urina e fezes. Quando se pergunta e que se passa, responde: "Não posso dizer agora, você não entenderia". (CARONE, apud SCHREBER, 2021 [1903], p. 21, grifo nosso).

O quadro patológico de Schreber segue com significativa piora. A partir de 1908, ele passa a emitir ruídos, tem um sono atípico e quase não se alimenta, justificando que não tem estômago. Afirma que está sendo perturbado por vozes e apresenta expressão de sofrimento e tortura. Em determinados momentos, fala em francês e reage colérico na presença do médico. Apresenta um pequeno episódio de lucidez ao dizer "Não entendo como um homem pode ser levado a fazer o que eu fiz nas últimas horas" (CARONE, apud SCHREBER, 2021 [1903], p. 21).

Tem uma piora considerável em 1909. A partir de então, não se levanta, só sai de cadeira de rodas, levado pelos enfermeiros, e não consegue se alimentar sem ajuda. Segundo dados do prontuário, "escreve em folhas de papel as palavras 'milagre', 'túmulo' e 'não comer'". Nos últimos registros sobre suas anotações, consta que ele escreve coisas incompreensíveis e mais semelhantes a rabiscos. Schreber falece no dia 14 de abril de 1911, após sofrer uma crise de angina com sintomas de insuficiência cardíaca e dispneia (CARONE, apud SCHREBER, 2021 [1903], p. 21).

3.2 Freud lendo Schreber

3.2.1 História Clínica

Segundo o próprio Schreber relata, esteve doente em duas circunstâncias cujo adoecimento deu-se em razão de uma fadiga intelectual excessiva:

a primeira vez por ocasião de uma candidatura ao Reichstag [Parlamento] (quando eu era diretor do Tribunal de Província em Chemnitz), a segunda vez por ocasião da inusitada sobrecarga de trabalho que enfrentei quando assumi o cargo de presidente da Corte de Apelação de Chemnitz, que me tinha sido então recentemente transmitido. (SCHREBER, 2021 [1903], p. 61).

A primeira crise caracterizada por Flechsig como uma severa crise hipocondríaca foi em 1884 e transcorreu sem incidentes de *ordem sobrenatural*. À época, Schreber já era casado há muito tempo e vivia aparentemente bem, embora frustrado pela impossibilidade de ter filhos. A esposa ficou enormemente agradecida ao médico por curar seu esposo e, conforme observa Freud, manteve um retrato de Flechsig⁸ durante anos em sua escrivaninha. Até aquele momento, Freud pouco sabia a respeito do histórico de saúde e de vida do paciente, os quais serão ampliados com os estudos posteriores, tais como as características parentais e a relação de Schreber com a mãe (FREUD, 2010 [1911]).

Foi em outubro 1893 que adveio uma nova e mais contundente crise. Schreber nos informa que em junho daquele ano havia sido nomeado presidente da corte de apelação, para a qual tomou posse a 10 de outubro do mesmo ano. Ao final do mês começa a apresentar um quadro de insônia, procura novamente por Flechsig, é hospitalizado na casa de saúde de Sonnenstein e desde então tem uma piora considerável em seu estado de saúde.

Em novembro de 1893, o paciente foi transferido para a clínica psiquiátrica de Leipzig, cujo laudo médico enviado assevera que as ideias hipocondríacas apresentadas no início da internação referiam-se a queixas de Schreber de “sofrer um amolecimento cerebral, de que morreria logo, etc.” (WEBER, 1899, apud SCHREBER 2021[1903], p. 311). No entanto, logo após o quadro piorou e iniciaram-se as alucinações com ideias de perseguição, os quais são descritos pelo Prof. Dr. Flechsig:

⁸ Cumpre observar a importância que tanto o dr. Flechsig quanto dr. Weber mantinham para o desenvolvimento da psiquiatria alemã da época. Conforme Tenenbaum, o dr. Paul Emil Flechsig (1847-1929), “além de renomado neuroanatomista, responsável pela descoberta da camada de mielina que envolve cada nervo do corpo, era professor catedrático de psiquiatria da Universidade de Leipzig e diretor do hospital para doenças psiquiátricas e neurológicas dessa universidade e consultor para assuntos legais (psiquiatra forense) do Tribunal de Leipzig”. Já o dr. Guido Weber (1837-1914) “era o diretor do Hospital Psiquiátrico de Sonnenstein quando Schreber lá esteve internado e foi um dos pioneiros no exercício da psiquiatria forense, com inúmeros trabalhos sobre o assunto. Foi também perito (na época era chamado de consultor) que fez as avaliações psiquiátricas desfavoráveis de Schreber” (TENENBAUM, 2020, p. 55).

[...] que no início ainda se manifestavam esporadicamente, ao mesmo tempo em que começava a se manifestar uma notável hiperestesia — grande sensibilidade à luz e ao barulho. Mais tarde se tornaram mais freqüentes as alucinações auditivas e acústicas, que, ao lado de distúrbios sensoriais comuns, acabaram por dominar sua sensibilidade e seu pensamento: considerava-se morto e apodrecido, doente de peste, supunha que seu corpo fosse objeto de horríveis manipulações de todo tipo e, como afirma ainda hoje, sofria as coisas mais terríveis que se possa imaginar — e tudo isto em nome de uma causa sagrada. (WEBER, 1899, apud SCHREBER, 2021 [1903] p. 311).

Acompanhando a descrição de Freud, percorremos a evolução do adoecimento e a caracterização do sistema de delírio religioso registrado nos laudos dos médicos que acompanharam o doente. Uma observação importante registrada por Freud (2010 [1911]), refere-se à relação de Schreber com seu médico Flechsig e a revolta expressa por sentimentos de que o mesmo poderia prejudicá-lo e persegui-lo, culminada com sua transferência, realizada a pedido deste, para Leipzig e de lá para o sanatório Sonnenstein, onde permaneceu durante anos.

Neste período a doença se instalou de forma definitiva com um sistema delirante contundente que “a partir da psicose inicial mais aguda, que envolvia diretamente todas as áreas do psiquismo, diagnosticada como delírio alucinatório, emergiu de um modo cada vez mais decisivo e, por assim dizer, cristalizado o quadro paranoico” atual, conforme laudo de Dr. Weber (1899. apud SCHREBER, 2021 [1903], p. 315).

Embora mantivesse memória excelente, não demonstrava estar confuso ou inibido do ponto de vista psíquico. E, mantendo ainda sua condição de homem culto dotado de amplos conhecimentos sobre diversas áreas, além dos conhecimentos jurídicos que informa também que o paciente “interessa-se por política, ciência, arte etc., e se ocupa continuamente desses temas [...], e nesse sentido um observador que não estiver informado de seu estado geral dificilmente perceberá alguma coisa de anormal” (WEBER, 1899, apud SCHREBER, 2021 [1903], p. 316). Dado este quadro, o doutor Schreber inicia o processo legal para revogação da tutela e retomada da sua vida fora da clínica. Mesmo que inicialmente tivesse recusado, em 1900, Dr. Weber emite parecer favorável sobre o paciente.

Consoante as condições legais a que ficou restrito e impedido de decidir sobre o curso do seu tratamento, Schreber (2021 [1903]) defende seu quadro e denuncia a arbitrariedade do que lhe ocorreu afirmando que sem a curatela teria sua vontade

respeitada dado que se tratava de uma doença mental inócua. Assim, compreende que “não se poderá ignorar o direito que tem esse paciente de escolher mudar de residência, em particular de ser transferido para outra clínica e também de desistir totalmente de qualquer tratamento médico” (SCHREBER, 2021 [1903], p. 304).

Conforme a descrição de Freud, nas inúmeras petições à justiça, Dr. Schreber não negava seu delírio e não ocultava sua intenção de publicar suas *Memórias*, no entanto enfatizava a inocência dos atos induzidos por seus delírios e o valor de suas ideias sobre a religião. É desse modo que em julho de 1902, dada “a agudeza e a precisão lógica desse homem reconhecido como paranoico levaram enfim ao seu triunfo” com a anulação da privação legal que o mesmo sofria (FREUD, 2010 [1911], p. 22). No ano seguinte foi publicado o livro *Memórias de um doente dos nervos*, o qual foi submetido à censura, e com isso teve trechos importantes omitidos.

3.2.2 Aspectos clínicos destacados por Freud

Neste item, optamos por separar os dois aspectos que Freud aborda anteriormente à sua interpretação do caso propriamente. Trata-se de dados que corroboraram para a anulação da curatela do Dr. Schreber bem como o percurso escolhido pelo psicanalista em abordar o adoecimento do paciente, especialmente no desenvolvimento e conteúdo dos seus delírios. Aqui achamos importante destacar a afirmação do mesmo de que já que os paranoicos não “podem ser impelidos a vencer suas resistências internas e, de toda forma, dizem apenas o que querem dizer, precisamente no caso dessa afecção o relato escrito ou a história clínica impressa pode funcionar como *substituto* do conhecimento pessoal do doente” (FREUD, 2010 [1911], p. 14. *grifo* nosso).

O primeiro aspecto abordado e que consta no parecer médico refere-se ao “papel de Redentor e a transformação em mulher”, o qual está ancorado psicanaliticamente na paranoia religiosa (FREUD, 2010 [1911], p. 24). Desse modo, para Freud, “a transformação em mulher (emasculação) era o delírio primário, que ela foi considerada inicialmente um ato que acarretaria grave dano e perseguição, e que apenas secundariamente veio a ligar-se ao papel de Redentor” (FREUD, 2010 [1911], p. 25). Inicialmente destinava-se a fins de abuso sexual e não propósitos elevados. Do mesmo modo que o delírio de perseguição sexual pelo médico que inicialmente o tratava, Dr.

Flechsig fora transformado por um delírio religioso grandioso, o qual foi alterado para o próprio Deus.

Freud (2010 [1911]) procura demonstrar em diferentes partes do texto como no início da doença aparece a fantasia de que seria bom ser uma mulher no momento do coito, o que aparecia no estado mediano do sono. O gérmen do sistema delirante de Schreber foi esta fantasia e a única a perdurar após seu restabelecimento e também a única a ter concretude nos seus atos depois de recuperar-se.

O segundo aspecto é relativo à sua singular relação com Deus, cujo método no delírio é inexistente e se expressa pela referencia a beatitude, aos nervos, a hierarquia divina e os atributos de Deus. Freud segue detalhando essas referências, e acentua a ênfase no erotismo anal e uretral que Schreber sente quando se entrega a voluptuosidade espiritual, especialmente na confissão de prazer nos processos excretórios (FREUD, 2010 [1911]). Tal referência é assim expressa nas *Memórias*:

A libertação da pressão provocada pela presença das fezes nos intestinos tem como consequência um intenso bem-estar, que é proporcionado aos nervos da volúpia; o mesmo acontece no ato de urinar. Por esse motivo, sempre e sem exceção, os raios ficavam unidos durante o ato de evacuar e urinar; e, justamente por essa mesma razão, toda vez que me disponho a essas funções naturais procura-se, embora quase sempre em vão, desfazer por milagre o impulso à evacuação e à micção. (SCHREBER, 2021 [1903], p. 201).

Sobre isso, Freud ainda acrescenta uma nota de rodapé em referência ao caso do menino Hans sobre autoerotismo da sexualidade infantil. O delírio de grandeza é expresso pela compreensão de Freud (2010 [1911]) de que, no todo, a doença de Schreber é a luta do homem paciente contra Deus, em que o ser humano ainda que fraco triunfe visto que tem do seu lado a Ordem do Mundo. Relação permeada pela hostilidade do homem em relação ao redentor, e que mescla linhas de adoração e de revolta, os quais são muito importantes para a explicação do caso e sua íntima e peculiar concepção de Deus.

A forma como o paciente vivia sua sexualidade é abordada por Freud dando ênfase às mudanças desta no curso do adoecimento e sua centralidade na etiologia da doença, visto que anterior a esta, a vida sexual era vivida em severa moralidade. Carone (In: SCHREBER, 2021 [1903], p. 13) demonstra a expressa retidão de espírito de Schreber, “fruto do aprendizado precoce de todas as formas de contenção emocional e

da supressão radical dos chamados sentimentos imorais, entre os quais naturalmente todas as manifestações da sexualidade”. Assim, para Freud, se antes ele se direcionava a uma espécie de renúncia sexual e duvidava de Deus, após a doença entregou-se à volúpia e a crença em Deus, a qual também terá peculiaridades, dado que em seu delírio colocava-se em relação ao divino com uma liberdade sexual feminina, sentia-se mulher de Deus (FREUD, 2010 [1911]).

Freud encerra sua apresentação da história clínica abordando a especificidade desta relação e a forma como a sexualidade feminina expressa pela voluptuosidade na relação com Deus toma formas expressivas no delírio de Schreber e no próprio corpo. O mesmo descreve, por exemplo, que sente os nervos divinos se pressionam levemente o corpo, especialmente na região do peito, próximo aos seios como se ali tivessem sob a pele estruturas como fios ou cordões (FREUD, 2010 [1911]). Ao final retoma ainda que o delírio de transformação em mulher trata-se da realização do teor do sonho tido no período de incubação da doença. Naquela época, antes de mudar-se para Dresden, o sonho foi sentido com desdém e indignação posto que imperava sua masculinidade, o que se manteve no início da doença pela insistente rejeição com que via sua emasculação e atribuí-a aos seus perseguidos. Tal transformação ocorre quando Schreber reconcilia-se com Deus e, a partir de então, cultiva a feminilidade chegando à convicção de que era demandado por Deus que se transformasse em mulher e tivesse um gozo contínuo.

É pela constatação da atitude feminina perante a Deus, observadas por Freud nos dois fragmentos capitais do delírio de Schreber – a transformação em mulher e sua peculiar relação com Deus – que estarão enlaçadas na análise freudiana, que terá ainda a tarefa de demonstrar a ligação entre eles em sua relação *genética* essencial (FREUD, 2010 [1911], grifo do autor).

3.3 Tentativas de interpretação por Freud

A segunda parte do texto *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (dementia paranoides)*, Freud propõe-se a tentativas de interpretação referindo-as à complexidade da vida instintual psíquica como fenômenos já conhecidos e humanos. Inicialmente lamenta sobre as importantes partes suprimidas do texto pela censura, as quais faziam referência a outros familiares do doente e tratavam das partes mais

importantes sobre o curso do adoecimento e compreensão do caso, bem como dados históricos e as referências a Flechsig. Com tais dados acreditava poder confirmar sua hipótese da relação entre as duas crises. Ademais faz referência à parte do delírio em que Schreber trata dos “pássaros falantes” como partes dos raios divinos simbolizando as meninas (FREUD, 2010 [1911]).

Com detalhada extração do texto de Schreber, Freud principia recordando a relação do paciente com seu primeiro médico, o *Geheimrat* Dr. Flechsig, que havia tratado do doente em sua primeira crise hipocondríaca em 1894/1895, o qual acompanhará boa parte da matriz delirante como seu maior perseguidor, inimigo e assassino de alma. O que será atenuado com a conciliação do doente com sua emasculação, que tem seu caráter ignóbil suplantado pelo propósito de estar em conformidade com a Ordem do Mundo, porém não deixa de ter o médico como autor de todas as perseguições ao longo de toda doença (FREUD, 2010 [1911]).

Sobre este período referente à primeira crise hipocondríaca, sabe-se que Schreber permaneceu seis meses sob os cuidados do Dr. Flechsig na clínica universitária de Leipzig e, que o quadro do adoecimento na avaliação de Freud, “não parece ter ultrapassado o âmbito de uma neurose” (FREUD, 2010 [1911], p. 56). Deste período guarda boa recordação do médico, conforme escreve nas *Memórias*:

O essencial foi que eu finalmente fiquei curado (depois de uma longa viagem de convalescença) e, portanto, só podia estar cheio de sentimentos de viva gratidão para com o professor Flechsig, os quais expressei também através de uma ulterior visita e de honorários, na minha opinião, adequados. Ainda mais profunda talvez foi a gratidão sentida por minha esposa, que realmente reverenciava no professor Flechsig aquele que lhe devolveu seu marido e por este motivo conservou durante anos seu retrato sobre sua escrivaninha. (SCHREBER, 2021 [1903], p. 62).

Pouco se sabe acerca do estado de Schreber entre o período da nomeação em junho e a sua posse ao cargo em Dresden em outubro de 1893, ou seja, o tempo da incubação da doença, somente que tinha sonhos repetidos do retorno de sua doença dos nervos. E especialmente, que certa vez, “num estado entre o sono e a vigília, veio-lhe a sensação de que afinal devia ser bom ser uma mulher submetendo-se ao coito” (FREUD, 2010 [1911], p. 57). Segundo Freud, pode-se inferir que as lembranças sobre o período da doença despertavam também a lembrança do médico e com ela sonhos e a

fantasia de postura feminina em referência a este. Ou ainda, que “o sonho de que a doença retornara tivesse o significado de um anseio: ‘Gostaria de ver Flechsig novamente’” (FREUD, 2010 [1911], p. 57).

Pode-se dizer que a relação com o médico deixou marcas ternas de devoção no paciente, que por razões desconhecidas, reitera Freud, intensifica-se a ponto de tomar uma disposição erótica, o que foi fortemente rejeitado pelo paciente. Assim, para Freud, a questão do adoecimento de Schreber ocorreu devido à emergência de libido homossexual. Libido que desde o início teve como objeto o próprio Flechsig, e “a revolta contra esse impulso libidinal produziu o conflito de que se originaram as manifestações patológicas” (FREUD, 2010 [1911], p. 58).

No período da segunda internação em 1893 quando começaram os delírios, Schreber acreditava que o Dr. Flechsig tentaria cometer um *assassinato de alma*, o que seria igualável às tentativas do Diabo e dos demônios de apropriar-se de sua alma. Esse delírio concentrou-se na figura do médico que na evolução da doença comprometeu a relação de Schreber com Deus, sem afetar a relação com o médico, visto que o mesmo se aliou a Deus tornando-se seu cúmplice. Assim, se até aquele momento só via “seu verdadeiro inimigo apenas em Flechsig (ou melhor, na alma deste), considerando a Onipotência divina sua aliada, não pôde afastar o pensamento de que o próprio Deus era cúmplice, senão instigador, do plano urdido contra ele” (FREUD, 2010 [1911], p. 52).

Mesmo após a transferência do doente para o sanatório de Pierson, o delírio sobre a alma do médico permaneceu ampliando para a figura do enfermeiro (alma W.), recordado como semelhante ao seu ex-vizinho. Havia, em determinado momento, uma subdivisão da alma do médico em cerca de quarenta a sessenta, as quais continham duas partes maiores nomeadas como alma superior ou média de Flechsig. Foi ao final da estadia em Sonnenstein no verão de 1894 que “entrou em cena a alma do novo médico, dr. Weber, e logo depois sucedeu a mudança na evolução do delírio, que viemos a conhecer como “conciliação” (FREUD, 2010 [1911], p. 54).

Antes de descrevermos o período de conciliação, vamos nos deter nas observações de Freud (2010 [1911]) de que nos delírios persecutórios, a pessoa a que é atribuída poder e autoridade no delírio, seria a mesma que anteriormente ao surgimento da doença tinha para o doente forte presença na sua vida afetiva ou algum substituto prontamente reconhecível. O que ocorre, é a *projeção* para fora da importância afetiva de modo que, ao ser projetado, é transformado em seu oposto, ou seja, alguém, antes

amado e objeto de devoção do doente é configurado no delírio como temido e odiado, e com isso sentido como fonte de perseguição. É essa perseguição delirante que justificaria a modificação afetiva no paciente.

Nesta parte do texto, como de costume, Freud (2010 [1911]) responde a possíveis objeções dos psiquiatras à ideia de que o delírio de perseguição do Dr. Schreber na verdade se tratasse de desejos homossexuais. Para corroborar com sua defesa, retoma a própria diferenciação feita pelo paciente nas *Memórias*, entre o homem Flechsig e a “alma Flechsig”, assim como oportunamente adverte acerca do julgamento da homossexualidade do paciente. Igualmente, destaca o empenho do escritor das *Memórias* em não confundir o mundo da realidade e o mundo do inconsciente.

Após justificar sua hipótese de que a enfermidade de Dr. Schreber se deu em decorrência do repentino impulso sexual, encaminha-se para demonstrar com os dados acessíveis a sua interpretação, a ocorrência do colapso ligado a dois fatores precipitantes. O período anterior a sua mudança para Dresden e já internado, teve uma nova crise quando sua esposa se ausentou por quatro dias para descanso próprio na casa do pai, logo após ficar ao seu lado todos os dias por longas horas. Em seu retorno, notou uma alteração significativa no esposo, que não queria mais vê-la e estava visivelmente entristecido (FREUD, 2010 [1911]).

Segundo o próprio Schreber, o que o deixou fortemente transtornado e que desencadeou seu colapso nervoso foi que durante a ausência da mulher, em uma única noite teve cerca de seis poluções. É a partir desse evento que a enfermidade toma contornos mais decisivos e os delírios referentes ao médico apresentam “os primeiros sinais de uma relação com *forças sobrenaturais*, em particular uma conexão nervosa que o professor Flechsig estabeleceu comigo, no sentido de que falava com meus nervos sem estar presente em pessoa” (SCHREBER, 2021 [1903], p. 68). É nesse período também que Schreber começa a descrever as vozes interiores e ideia de emasculação, as quais são interpretadas por Freud como anteriormente inibidas pela presença da mulher e junto a sua observação de que as poluções nos adultos acontecem com participação psíquica, isto é, com fantasias, cujo contexto de nosso paciente relacionava-se a fantasias homossexuais.

A descrição feita nas *Memórias* é precisa sobre a mudança na relação com o médico e o desenvolvimento posterior dos delírios:

A partir desta época fiquei também com a impressão de que o professor Flechsig não tinha boas intenções a meu respeito; creio ter encontrado uma comprovação desta impressão quando, por ocasião de uma visita pessoal, eu lhe perguntei se ele realmente acreditava em uma cura no meu caso: ele tentou me consolar de algum modo mas — ao menos me pareceu — não conseguiu mais olhar-me nos olhos enquanto falava. (SCHREBER, 2021 [1903], p. 69).

Na análise de Freud (2010 [1911]), a incursão da libido homossexual não é restrita ao paciente em questão, posto que ela oscila entre sentimentos heterossexuais ou homossexuais durante toda a vida para qualquer um e pende para o outro lado sobretudo quando há desilusões ou frustrações significativas. Acrescenta-se a isso o fator idade, dado que nesta época, Schreber tinha 51 anos de idade, período em que na mulher costuma ocorrer um recuo da função sexual, e assim como no homem - com o climatério - somado a predisposições às enfermidades.

Dando continuidade à sua interpretação, Freud passa a se referir ao “processo de transferência” do afeto por alguém importante na vida do paciente para uma outra pessoa, no caso o médico que aparece como substituto de alguém muito mais significativo para o paciente. Especificamente, Flechsig lembraria para Schreber as figuras importantes do pai e irmão, assumindo esse lugar, o que justificaria a veemência afetiva em relação ao mesmo, dada sua origem e primaria significação (FREUD, 2010 [1911]).

A origem da doença foi ocasionada pela fantasia de desejo homossexual, que tinha o médico como objeto de amor feminino. Porém, constituiu-se na personalidade de Schreber uma forte resistência a tal fantasia, de forma que sua luta defensiva, que, para Freud (2010 [1911], p. 63), “pudesse igualmente realizar-se de outras formas, escolheu, por razões que desconhecemos, a forma do delírio de perseguição. O indivíduo ansioso tornou-se o perseguidor, o conteúdo da fantasia de desejo tornou-se o conteúdo da perseguição”. No entanto, no caso de Schreber isto se deu em duas transformações: a primeira com a modificação de Flechsig para a figura superior de Deus. No princípio parece provocar uma potencialização do conflito, sentida por meio de uma crescente perseguição, “mas logo se verifica que ela prepara a segunda transformação e, com esta, a solução do conflito” (FREUD, 2010 [1911], p. 64). Ou seja, a transformação do paciente em mulher, que era represada pelo Eu perante a figura

do médico, não mais o é, perante a figura de Deus, assim como conceder-lhe a volúpia por ele pedida. Prossegue Freud,

A emasculação já não é uma desgraça, vem a ser “conforme à Ordem do Mundo”, toma seu lugar num grande contexto cósmico, serve ao fim de uma recriação da humanidade decaída. “Novos homens, saídos do espírito de Schreber”, venerarão como seu ancestral esse que se crê perseguido. Assim é encontrado um expediente que satisfaz as duas partes em conflito. O Eu foi compensado pela megalomania, enquanto a fantasia de desejo feminina se impôs, tornou-se aceitável. A luta e a doença podem cessar. Mas a consideração pela realidade, fortalecida nesse meio-tempo, obriga a adiar esta solução para o futuro remoto, a contentar-se com uma satisfação de desejo assintótica, digamos. A transformação em mulher deverá ocorrer algum dia; até lá, a pessoa do dr. Schreber permanecerá indestrutível. (FREUD, 2010 [1911], p. 64).

Para explicar a dissociação presente na paranoia, Freud (2010 [1911]) demonstra que Flechsig e Deus permanecem na mesma série, mas como figuras que serão decompostas, como nos mostra as formações delirantes de Schreber. Do mesmo modo que o perseguidor se divide como as duas referidas figuras, o próprio Flechsig também no todo do delírio posteriormente também se divide em Flechsig “superior” e “médio”, assim como Deus no “Deus inferior” e “superior”. Tal decomposição é muito característica da paranoia, de forma que “esta decompõe assim como a histeria condensa. Ou melhor, a paranoia dissocia novamente as condensações e identificações realizadas na fantasia inconsciente”, demonstrando assim a importância afetiva da pessoa⁹ (FREUD, 2010 [1911], p. 66).

É desse modo que Freud vai aproximando-se da figura do pai de Schreber ao evidenciar que se a decomposição do perseguidor como ocorreu com Flechsig e Deus refere-se a uma reação paranoide à identificação em momento anterior presente entre os dois. Daí pode-se conceber que “se o perseguidor Flechsig foi certa vez uma pessoa amada, também Deus é apenas o retorno de uma outra semelhantemente amada, embora provavelmente mais importante” (FREUD, 2010 [1911], p. 67). Ou seja, o quadro forma-se a partir de uma fantasia feminina fortemente reprimida dirigida eroticamente ao pai e irmão. Flechsig como primariamente amado é substituído por Deus, que

⁹ Sobre esta importância afetiva, Freud (2010 [1911]) faz uma nota de rodapé em referência a C. G. Jung que atribuía ao fato de a decomposição repetir-se várias vezes como no caso de Schreber, devia-se a importância afetiva da pessoa em questão.

também substitui outra pessoa mais importante afetivamente, isto é, mais amada, qual seja: o pai de Schreber. Assim, Deus é o retorno acima citado da pessoa amada, o pai, e Flechsig do irmão mais velho. É desta intensidade afetiva que o Deus de Schreber era a amálgama de raivosa blasfêmia com extrema veneração.

Freud apresenta uma figura positiva sobre o pai de Schreber, que será questionada pelos dados biográficos descobertos posteriormente sobre ele, como apresentaremos posteriormente. O dr. Daniel Gottlob Moritz Schreber é descrito como um homem de prestígio e nada insignificante para a sociedade, visto suas contribuições para educação familiar e escolar, sobretudo pela atuação médica para o desenvolvimento correto da juventude por meio do cuidado corporal e de práticas de atividades físicas. Sua memória é mantida pelas associações Schreber, especialmente na Saxônia, e é o criador da ginastica terapêutica na Alemanha. Tal feito proporcionou ampla divulgação do seu trabalho e das muitas edições do livro *Ärztliche Zimmergymnastik* [Ginástica médica caseira]. Assim, diz Freud, um pai tão robusto e atento tirado do filho subitamente pela morte não é de se espantar que seja elevado à figura de Deus nas lembranças dele.

A postura infantil do filho perante o pai é a mesma observada de Schreber frente a Deus, de indignação e devoção, embora, como sabemos atualmente, o pai não era tão carinhoso como Freud entendia. É neste tópico que, a partir dos dados referentes ao pai, Freud interpreta os conteúdos delirantes de Schreber a partir da repressão e dissociação, ao enfatizar a discrepância entre o médico querido pelos pacientes e fortemente criticado pelo filho. Ele se pergunta, por exemplo: “Há maior expressão de escárnio por tal médico do que afirmar que ele nada entende de homens vivos e sabe lidar apenas com cadáveres?”. Assim como a consideração de que Deus, assim como os médicos fazem milagres, e que a hipocondria do doente na verdade trata-se de desprezo pelos saberes médicos (FREUD, 2010 [1911], p. 69).

O sol ganha, também, destaque na análise freudiana dos delírios de Schreber, o qual é visto como símbolo do pai sublimado. Achamos pertinente mencionar a afirmação de Mezan sobre o conceito de projeção no contexto da análise de Freud sobre a cultura, o qual serve como “de instrumento à teoria da religião, formulada no quarto ensaio de Totem e Tabu. Enfim, como seria de esperar, o centro do delírio de Schreber é a figura do pai, metamorfoseada em Flechsig, em Deus e no Sol” (MEZAN, 2019, p. 331).

Ou, como afirma o próprio Freud (2010 [1911], p. 72): “Schreber nos facilita a interpretação desse seu mito solar. Ele identifica o Sol diretamente com Deus, ora com o deus inferior (Arimã), ora com o superior”. E prossegue com a citação contida nas *Memórias*: “No dia seguinte [...] vi o deus superior (Ormuz), dessa vez não com meu olho espiritual, mas com meu olho carnal. Era o Sol; não o Sol em sua aparência comum, conhecida por todos os homens mas” etc (FREUD, 2010 [1911], p. 72). Assim é esperado que ele trate o sol como o próprio Deus.

Encaminhando-se para a parte final do texto, Freud afirma que também na patologia schrebiana encontramos-nos no campo do complexo paterno, no qual o pai aparece como demolidor da satisfação erótica nas vivências infantis usualmente autoerótica, que serão posteriormente substituídas na fantasia. Desse modo, o complexo paterno mostra em Schreber que a fantasia feminina tem como pano de fundo a coação sentida pelo pai pela castração. Do mesmo modo que as ideias hipocondríacas, a obrigação de pensar são vistas como ameaça a loucura ocasionadas pela atividade sexual, sobretudo a do onanismo.

Assim, a partir do vago esboço dos aspectos infantis Freud demonstra que o distúrbio paranoico advém de um conflito atual. Afirma ainda que a tarefa do psicanalista é a estabelecer a ligação entre o desencadeamento de uma fantasia de desejo e sua relativa *frustração*, isto é, sua continência na vida real. Tal privação é entendida por Freud como afirmação evidente pelo próprio Schreber acerca do seu casamento: “de resto apresentado como feliz, não lhe trouxe a bênção de filhos, principalmente a de um filho homem, que o consolasse pela perda de pai e irmão, e sobre o qual pudesse verter a afeição homossexual insatisfeita” (FREUD, 2010 [1911], p. 76, grifo do autor). A remediação pela falta de filhos é encontrada no adiamento no delírio de sua emasculação. Tal como descrito nas *Memórias*:

Naturalmente a emasculação só poderia ter como consequência uma fecundação por raios divinos com a finalidade de criar novos homens. Esta mudança na orientação da minha, vontade foi facilitada pelo fato de que eu naquela época não acreditava ainda em uma humanidade real, existente fora de mim, mas considerava todas as figuras humanas que via apenas como "feita às pressas", de modo que não era o caso de cogitar de qualquer espécie de vergonha por causa da emasculação. (SCHREBER, 2021 [1903], p. 165).

É desse modo que, na análise freudiana, a posição feminina da fantasia de Schreber lhe traria mais êxito na geração de filhos, o que oportunizou a possibilidade para retroceder à posição feminina infantil perante o pai.

3.4 Sobre o mecanismo paranoico

A busca de Freud pelo mecanismo paranoico e sua peculiaridade na formação dos sintomas e da repressão tem como achado principal o de que o delírio persecutório é uma reação de defesa frente a uma fantasia de desejo homossexual. Acompanhado de Jung e Ferenczi nas pesquisas e com materiais diversos de investigação encontrados em histórias clínicas de homens e mulheres de raça, formação, atuação profissional e nível social divergentes, a conclusão foi a mesma, qual seja, a de um desejo homossexual que claramente não havia sido superado e que ainda era reforçado inconscientemente pela sua tentativa de controlá-lo.

É desse modo, dirá Freud que a etiologia sexual da paranoia não é manifesta claramente, e especialmente no homem, sua aparição está relacionada a afrontas sociais e repulsas. No entanto, são justamente tais afrontas e repulsas sociais que aparecem como fatores operantes dos elementos homossexuais da vida psíquica do sujeito. “Enquanto o comportamento normal nos impede um vislumbre das profundezas da vida psíquica, pode-se duvidar que as relações emocionais do indivíduo com os outros, na vida social, tenham algo a ver com o erotismo, de fato ou geneticamente” (FREUD, 2010 [1911], p. 80). O delírio desvela tais relações e recoloca as raízes do desejo erótico em seu aspecto mais rude e sensual, o que tem relação com o sentimento social desprezível. O próprio dr. Schreber, lembra Freud tinha uma vida sexual recatada e sem nenhum vestígio de homossexualidade sobretudo no sentido banal.

Nesse ponto da análise, Freud procura mostrar o papel do desejo homossexual na constituição da paranoia e para isso, faz uso pela primeira vez do conceito de *narcisismo*, o qual se refere a um estágio intermediário entre o autoerotismo e o amor objetal. Explica que no narcisismo, como fase, o indivíduo em crescimento “que unificou seus instintos sexuais que agem de forma autoerótica, a fim de obter um objeto de amor, primeiramente toma a si mesmo, a seu próprio corpo, como objeto de amor, antes de passar à escolha de uma outra pessoa como objeto” (FREUD, 2010 [1911], p. 81). Freud esclarece que alguns indivíduos não conseguem seguir para os outros

estágios seguintes e ficam presas atipicamente por um longo tempo nesse estágio os quais seguem persistindo com características em estágios futuros do desenvolvimento. O que ocorre é que o eu-mesmo é vestido de objeto de amor e assim, os genitais também tomam lugar como coisa capital.

A explicação sobre o desenvolvimento da sexualidade aponta para a escolha que antecede o objeto sexual, ou seja, o indivíduo escolhe objetos com genitais idênticos e deste ponto podem chegar à escolha heterossexual. No caso das escolhas das pessoas que se tornam homossexuais, eles nunca se livram da condição de que o objeto de amor tenha os mesmos genitais que o seus, tal qual apontam as teorias infantis sobre a sexualidade acerca da ideia da criança de que os dois sexos têm os mesmos genitais.

Sob este aspecto, Freud observa ainda que no curso do desenvolvimento, quando a escolha do objeto heterossexual é alcançada, as tendências homossexuais são dirigidas a outras metas de caráter não sexual e ampliadas para a vida social. Isso não significa que as tendências sejam extintas, mas mudam de direção ocupando o afeto das relações em geral e o sentido comunitário, os quais não são reconhecíveis pelo comportamento social. Diferentemente ocorre no caso dos “homossexuais manifestos, e, entre eles, os que rejeitam as práticas sensuais, destacam-se pela intensa participação nos interesses gerais da humanidade, surgidos mediante a sublimação do erotismo” (FREUD, 2010 [1911], p. 82).

Freud retoma *Três ensaios de uma teoria da sexualidade* para falar sobre a fixação como possibilidade para alguma das fases do desenvolvimento da psicosexualidade e com isso a propensão à neurose. No caso da fixação no estágio do narcisismo que pode acarretar a doença, tem-se a possibilidade de submissão dos impulsos sociais à sexualização, visto que estes não encontram vias de escoamento pelo afluxo de libido não liberado. Com isso, sublimações já alcançadas no desenvolvimento podem retroceder. Em suas palavras:

Como vemos, em nossas análises, que os paranoicos *buscam defender-se de tal sexualização de seus investimentos instintuais sociais*, somos obrigados a supor que o ponto fraco de seu desenvolvimento deve estar no trecho entre autoerotismo, narcisismo e homossexualidade, que ali se acha a sua predisposição à doença, predisposição talvez suscetível de uma definição mais precisa. Teríamos de atribuir tal predisposição à *dementia praecox*, de Kraepelin, ou *esquizofrenia* (segundo Bleuler), e esperamos obter elementos que nos permitam fundamentar as diferenças quanto a

forma e desenlace, entre as duas doenças, com as diferenças respectivas na fixação predisponente. (FREUD, 2010 [1911], p. 83, *grifo* do autor).

Freud passa a tratar, como cerne do conflito na paranoia masculina, o desejo homossexual, de modo que as principais formas de manifestação da doença podem ser esclarecidas como “contradições à frase: ‘Eu (um homem) amo ele (um homem)’, e que, de fato, esgotem todas as formulações possíveis da contradição” (FREUD, 2010 [1911], p. 83).

a) *O delírio persecutório* apresenta uma contradição de forma que a frase se apresenta como “Eu não o amo — eu o odeio.” O que não é aceito e novamente transformado pela *projeção*, porque não só odeio, mas “Ele me odeia (me persegue), o que então justifica que eu o odeie”. Esclarece Freud que na formação do sintoma paranoico, o sentimento (percepção interna) precisa ser substituída por uma percepção externa. Assim, “o sentimento inconsciente impulsor aparece como dedução de uma percepção externa: ‘Eu não o amo — eu o odeio — porque *ele me persegue*’” (FREUD, 2010 [1911], p. 84, *grifo* do autor), o que nos resta dizer que o perseguidor é então o anteriormente amado.

b) *Erotomania* vem demonstrar outra contradição por meio da troca do objeto. Assim a formação “Eu não o amo - eu amo a *ela*” também será transformado pela projeção incontornável de “Eu noto que *ela* me ama” e ainda “Eu não o amo — é a *ela* que eu amo — porque *ela me ama*”. Freud observa que em muitos casos de Erotomania não se referem a uma “percepção interna de amar, mas com aquela de ser amado, vinda do exterior”, o que não impede que o “eu amo” seja possível visto que amar a *ela* e *ele* podem coexistir (FREUD, 2010 [1911], p. 85, *grifo* do autor).

c) *Delírio de ciúmes* que pode ocorrer tanto em homens como em mulheres. Nos homens, Freud (2010 [1911]) o descreve no delírio do alcoólatra, que tem função importante em desconstruir sublimações e inibições. Dessa forma, o comportamento do homem com o álcool nos ambientes de taberna cercados por homens traria um conforto emocional não encontrado em casa pelas frustrações de brigas e desentendimentos. Se insurgir um desejo homossexual, o homem se defende do mesmo pela terceira forma de contradição: “‘Não sou *eu* que amo um homem — *ela o ama*’, e desconfia da mulher em relação a todos os homens que esteve inclinado a amar” (FREUD, 2010 [1911], p. 85). Há uma diferença significativa nessa formação, pois o sujeito que ama é

modificado, e com isso o processo de distorção não ocorre pois tudo é jogado para fora do Eu. A mulher que ama é externa ao Eu, o que continua como percepção interna é que o indivíduo não ame, mas odeie ou ainda ame, mas a outra pessoa.

Nas mulheres, o ciúme delirante aparece de maneira semelhante a dos homens, pela formação ‘Não sou *eu* que amo as mulheres — *ele as ama*’. É o forte narcisismo e homossexualidade predisponente que faz com que a mulher desconfie do marido e das mulheres que a ambos aprezem. Freud nota que há uma semelhança na escolha dessas mulheres (em geral mais velhas e que retornam com características de figuras significativas da infância) vistas como objetos de desejo do marido como relacionadas ao período em que ocorreu a fixação narcísica. Assim, “o delírio de ciúmes contradiz o sujeito, o delírio de perseguição contradiz o verbo, a erotomania, o objeto” (FREUD, 2010 [1911], p. 86, grifo do autor).

d) *Delírio de grandeza que compõe a quarta contradição é a realizada pela repulsa à frase inteira “Eu não amo absolutamente, não amo ninguém”*. Nessa formação delirante, há uma “*superestimação sexual do próprio Eu* e, assim, pôr ao lado da conhecida superestimação do objeto amoroso”, assim ama-se apenas a si. Pode-se dizer que em todos os tipos de paranoia encontra-se algum aspecto de delírio de grandeza, e que o mesmo tem um caráter infantil, que é sacrificado na vida social ao longo do desenvolvimento. Especificamente no enamoramento da paixão é que se pode constatar uma contenção mais intensa do mesmo. Freud cita um proverbio árabe para expressar tamanha força sob o Eu: “Pois onde o amor desperta morre o Eu, o sombrio déspota” (FREUD, 2010 [1911], p. 87).

Nesta parte do texto, Freud tomará a análise da paranoia no que se refere à formação dos sintomas e da repressão. A projeção é a responsável pela formação dos sintomas paranoicos, a qual desde uma percepção interna suprimida sofre uma substituição por deformação como um elemento externo da percepção. A deformação “consiste, no delírio persecutório, numa transformação do afeto; o que deveria ser sentido internamente como amor é percebido como ódio vindo do exterior” (FREUD, 2010 [1911], p. 88).

No entanto, Freud nos adverte que a projeção nem sempre tem caráter patológico, posto que a mesma participa da vida psíquica usualmente e que mesmo na paranoia ocupa papéis diferentes nas diversas formas de manifestação da doença. Em relação ao processo de *repressão*, ligado ao desenvolvimento da libido, Freud retoma as

três fases de qualquer tipo de repressão: inicialmente é caracterizada pela fixação, natureza indispensável para toda forma de repressão. O que ocorre na fixação é uma inibição no percurso do impulso que fica represado em um estágio infantil, em virtude de um desenvolvimento anormal. Nas formações psíquicas seguintes, a corrente libidinal inibida comporta-se como se estivesse no sistema inconsciente reprimida. Assim, “tais fixações dos instintos se acha a predisposição para a futura doença, e, podemos acrescentar, sobretudo a determinação para o desfecho da terceira fase da repressão” (FREUD, 2010 [1911], p. 89).

A segunda fase é a da repressão propriamente dita, que tem caráter ativo, diferentemente da fixação. Nesse processo, são os decorrentes psíquicos dos impulsos que sofrem repressão, os quais inicialmente mantiveram-se para trás, “quando o seu fortalecimento acarreta o conflito entre eles e o Eu (ou os instintos sintonizados com o Eu), ou as tendências psíquicas contra as quais se ergue, por outros motivos, uma forte aversão” (FREUD, 2010 [1911], p. 90). Assim, a repressão é favorecida pela aversão dos sistemas conscientes e a atração do inconsciente.

A terceira e mais importante fase refere-se à repressão, irrupção ou retorno do reprimido. A irrupção, segundo Freud, “ocorre a partir do ponto de fixação e consiste numa regressão do desenvolvimento da libido até esse ponto” o que ocorre na neurose (2010 [1911], p. 90). Já na paranoia, pelo caso Schreber, o mecanismo da repressão pode ser analisado de forma distinta, não apenas ligado ao desenvolvimento libidinal. É a partir desta especificidade que Freud passa a tratar.

O delírio de grandes catástrofes que acabariam com o mundo, mas o manteriam vivo denota uma configuração específica e forte de manutenção do Eu frente a tais circunstâncias de desabamento do mundo. As alterações grandiosas de fenômenos naturais quando não eram as responsáveis, voltava-se para o médico Dr. Flechsig que havia disseminado medo e terror por meio de magias entre os homens, além de provocar uma perda da moralidade e destruição das bases religiosas de forma que sobre os homens assolaram-se pestes mortais. Para Freud, o fim do mundo delirado ainda era “consequência do conflito que irrompera entre ele e Flechsig, ou, segundo a etiologia adotada na segunda fase do delírio, da ligação indissolúvel que se formara entre ele e Deus, ou seja, o resultado necessário de sua doença” (FREUD, 2010 [1911], p. 92).

A explicação freudiana para tal formação delirante e o investimento libidinal retirado dos objetos mostra que há uma retirada desse investimento das pessoas e do

mundo exterior, tornando-os indiferentes e sem relação afetiva, assim “o fim do mundo é a projeção dessa catástrofe interior; seu mundo subjetivo acabou, depois que retirou dele o seu amor” (FREUD, 2010 [1911], p. 93). O delírio será visto então como trabalho de reconstrução desse mundo devastado de forma a poder viver nele, nas palavras de Freud: “o que consideramos produto da doença, a formação delirante, é na realidade tentativa de cura, reconstrução”.

O reconstruído na nova relação de aversão e hostilidade é a forma possível do reprimido retornar, a cura se dá pela quebra da repressão e a readmissão da libido às pessoas então amadas. Tal reconstrução nunca será totalmente completa, visto que como o próprio Schreber afirma “uma profunda modificação interna” verificou-se no mundo (FREUD, 2021[1984], p. 97). A conclusão a que chega Freud sobre a repressão na paranoia ganhará contornos significativos ao longo de sua obra, posto que o abandono da libido a coisas e pessoas antes objetos de amor, não são perceptíveis de imediato, mas especialmente por eventos posteriores, dada sua conformação paranoide e barulhenta pelo sintoma da projeção. O conceito se delinea da seguinte forma “não foi correto dizer que a sensação interiormente suprimida é projetada para fora; vemos, isto sim, que aquilo interiormente cancelado retorna a partir de fora” (2021[1984], p. 95). Aqui o conceito de recusa nas formações psicóticas se desdobrará no decorrer da obra, mas uma importante constatação é a de há um mecanismo de defesa específico na psicose.

Encaminhando-se para a parte final de sua análise, Freud aponta algumas considerações sobre os mecanismos presentes na paranoia, ressaltando que o desinteresse libidinal não é uma característica exclusiva da mesma. Desse modo, pode apresentar-se como mecanismo presente em toda forma de repressão, tal como acontece em toda vida psíquica e não somente em processos patológicos ou no luto. Dirá Freud:

Normalmente buscamos de imediato um substituto para a conexão anulada; até esse substituto ser encontrado, mantemos a libido livre flutuando na psique, onde ela produz tensões e influi no ânimo; na histeria o montante de libido liberado se transforma em inervações somáticas ou em angústia. Na paranoia, no entanto, há indícios clínicos de que a libido retirada ao objeto recebe um emprego especial. Lembramos que a maioria dos casos de paranoia exhibe algum delírio de grandeza, e que o delírio de grandeza por si só pode constituir uma paranoia. Disso inferimos que na paranoia a libido liberada se volta para o Eu, é utilizada para o engrandecimento do Eu. Com isso atinge-se novamente o estágio do narcisismo, conhecido no

desenvolvimento da libido, no qual o próprio Eu era o único objeto sexual. (FREUD, 2010 [1911], p. 96).

O que será distinto neste caso será a formação delirante que o levará novamente ao conceito de narcisismo ao mostrar que a libido que retorna para o Eu como grandeza, trata-se de uma fixação. A partir do caso Schreber e os achados clínicos, Freud afirma que “os paranoicos trazem uma *fixação no narcisismo*, e dizemos que o recuo da homossexualidade sublimada ao narcisismo indica o montante da regressão característica da paranoia” (FREUD, 2010 [1911], p. 96). No caso específico da formação delirante de Schreber, a repressão ganha força notável vencida pela certeza do doente de que o mundo acabou e que sobrou somente o Eu. Segundo Freud, as edificações do delírio em solo religioso denotam a diversidade de sublimações desconstruídas e o desastroso desinteresse geral da libido.

Ao final, Freud retoma o que já foi construído pela teoria das pulsões e seus possíveis alcances para a discussão presente nesta análise. Destaca a especificidade da paranoia frente à psicose, sobretudo ao indicar que o aspecto diferenciador desta se relaciona aos “distúrbios da libido reajam sobre os investimentos do Eu, nem tampouco o inverso, que alterações anormais no Eu ocasionem distúrbio secundário ou induzido nos processos libidinais” (FREUD, 2010 [1911], p. 99). O que ainda não pode ser aplicado à paranoia.

Ao recorrer à diferenciação dos quadros patológicos e dar uma condição de tipo clínico autônomo à paranoia, o estudo freudiano destaca que diferentemente da psicose alucinatória, na paranoia, o indivíduo mantém relação com o mundo externo, visto que o percebe, elabora explicações para as mudanças que ele mesmo constrói, defendendo assim que a razão pela qual o relacionamento com o mundo altera-se é devida quase exclusivamente pelo desinteresse libidinal.

Assim, mesmo que o quadro paranoico seja dificultado pela presença de traços esquizofrênicos, ainda é diferente dos outros quadros da psicose como os definidos por Kraepelin da *dementia praecox* e a de *esquizofrenia*, realizada por Bleuler. Seu tipo é específico, defende Freud, visto que “do ponto de vista da teoria da libido ela se diferenciaria da *dementia praecox* por uma outra localização da fixação predisponente e um outro mecanismo do retorno [do reprimido] (formação de sintomas)”, mantendo como traço comum a regressão ao Eu por meio do desprendimento libidinal (FREUD, 2010 [1911], p. 100).

Freud se questiona sobre o que teria auxiliado a melhora de Schreber após a saída da instituição de Flechsig, recusando atribuir maior importância a esse fato e atribuindo à estabilização da doença, um possível bom relacionamento com o pai: “o matiz essencialmente positivo do complexo paterno, a relação provavelmente tranquila com um pai excelente nos últimos anos, possibilitou a reconciliação com a fantasia homossexual e, assim, um desenlace semelhante à cura”.

Por fim, Freud (2010 [1911]) demarca os delírios de Schreber com a teoria libidinal, o que o forçará futuramente a imprimir modificações, embora nesse momento mantenha sua defesa. Afirmar assim para comprovar sua tese que os “‘raios divinos’ de Schreber, feitos de uma condensação de raios solares, fibras nervosas e espermatozoides, não são outra coisa senão os investimentos libidinais concretamente representados e projetados para fora” (p. 103). A preocupação do doente que o mundo irá acabar já o que o Eu exerce atração sobre os raios, assim como as demais construções delirantes para reconstrução do mundo são entendidas por Freud como percepções endopsíquicas as quais fundamentam seu entendimento sobre a paranoia. Finaliza assim dizendo que “o futuro decidirá se na teoria há mais delírio do que eu penso, ou se no delírio há mais verdade do que outros atualmente acreditam” (FREUD, 2010 [1911], p. 103).

No pós-escrito Freud faz menção ao aspecto mitológico da relação de Schreber com o sol, visto como “símbolo paterno sublimado”. E ainda relembra a fala do doente sobre a alta estirpe a que sua família continha, relacionando a falta de filhos deste à fantasia de emasculação como realização da fantasia-desejo feminina. Não nos adentraremos nesta discussão, porém é importante mencionar os desdobramentos da teoria freudiana da religião, conforme mencionamos anteriormente ao tratar sobre o simbolismo do sol.

Os capítulos seguintes compõem a segunda parte desta tese, dedicada ao cotejamento da teoria do amadurecimento de Winnicott e nossa proposição ancorada nesta teoria sobre o adoecimento de Schreber. No próximo capítulo, abordaremos a questão do *uso* do sintoma da neurose e na psicose e a memória.

4 O USO DO SINTOMA NA NEUROSE E NA PSICOSE E A MEMÓRIA EM WINNICOTT

Para Winnicott, tudo que se refere ao indivíduo é pensado de modo relacional, desde a vida primitiva na relação mãe-bebê até o adulto maduro que segue vivendo de forma interdependente em relação ao mundo e as pessoas. A noção de *ambiente*, na semântica winnicottiana tem um caráter inédito na Psicanálise como também na constituição do indivíduo. O ambiente no início da vida é representado pela presença da mãe (não necessariamente a mãe biológica, mas quem realiza a maternagem com o bebê) e compõe-se de dois aspectos essenciais:

a) ele não é externo nem interno; b) ele é a instância que sustenta e responde à dependência: o bebê necessita totalmente de um outro *que ainda não é um outro, separado* ou externo a ele. Encontra-se, aqui, embutida a idéia, cujo alcance psicológico e filosófico está ainda por ser devidamente apreciado, de que a realidade do si-mesmo e a realidade do mundo são constituídas ao longo do processo de amadurecimento, *no interior da relação mãe-bebê*. A constituição do eu, concomitantemente à constituição da realidade intrapsíquica e da realidade externa, só se dá na relação com o outro; o si-mesmo do bebê emerge, necessariamente, de dentro da unidade bebê-mãe. (DIAS, 2003, p.131, grifo da autora).

A partir deste princípio, o desenvolvimento emocional também será designado de forma interdependente e para isso, ao longo de sua obra, Winnicott foi depurando uma linguagem própria para abordar a natureza humana e as condições para seu amadurecimento, incluindo o que compreende como amadurecimento nas diferentes etapas da vida e os desafios a elas inerentes.

Dito isto, optamos por manter o termo neurose no título e no texto, embora na teoria de Winnicott o termo possa ser reavaliado, visto que na semântica winnicottiana, neurose refere-se a indivíduos que alcançaram maior *integração* em um eu podendo assim experienciar relações objetais com recursos emocionais mais consistentes em relação ao quadro da psicose, conforme veremos adiante ao tratar do desenvolvimento emocional primitivo. Primeiramente precisamos situar o trabalho do inglês Donald D. Winnicott como um analista pós-freudiano, atuando na Inglaterra e com queixas e demandas diferentes daquelas recebidas por Freud e que possibilitaram a criação da Psicanálise e da clínica psicanalítica.

Winnicott decorre especificamente da escola Kleniana e do trabalho com bebês e crianças, posteriormente com pacientes psicóticos no contexto hospitalar e privado. Melanie Klein havia iniciado junto à Ana Freud o trabalho na Sociedade Britânica de Psicanálise acerca da análise infantil e as modificações exigidas pela escuta da criança, constituindo uma teoria e uma escola de Psicanálise específicas dando continuidade à metapsicologia e seus desdobramentos clínicos. Winnicott não tinha pretensão de iniciar uma escola ou criar discípulos para suas descobertas, mas, especialmente, desenvolver técnicas para a clínica psicanalítica, que possibilitassem o acesso a pacientes que não verbalizavam e sofriam antes mesmo da vivência triangular edipiana.

Tal diferenciação é necessária visto que, para esse psicanalista, o sintoma terá conotações diferentes daquelas concebidas por Freud no trabalho com a histeria e as parafrenias, pois a base para compreensão do adoecimento se constituirá na relação primitiva ambiente e bebê.

Percorrendo o desenvolvimento emocional veremos um descolamento de Winnicott em relação a Freud, visto que o sintoma não terá uma determinação inconsciente relativa à libido, mas uma função e recurso subjetivo para saída da condição de adoecimento emocional. No tópico seguinte apresentaremos a construção winnicottiana acerca da saúde e doença emocional e o modo como o sintoma aparece em sua teoria. Trataremos ainda de pensar como a memória opera nesta condição.

4.1 O sintoma na neurose segundo Winnicott

Foi a partir do trabalho como pediatra no hospital que Winnicott teve contato com adoecimentos em bebês antes mesmo de estes poderem falar. Em um dos textos iniciais de 1931 ele já observava que crianças pequenas poderiam viver dificuldades emocionais as quais poderiam ser constatadas pela cuidadosa observação da relação entre dificuldades no crescimento ou doenças físicas como sinalizadoras de sofrimento emocional. Desde esse texto, Winnicott introduz a ideia que a formação dos sintomas ansiosos como relativos às dificuldades ambientais, ou seja, não relativas ao psíquico propriamente dito, mas sobretudo sobre o modo como a criança é capaz de comunicar¹⁰ o que ela vive ou sente.

¹⁰ Embora não trate como este termo neste momento, veremos que a comunicação será um conceito muito importante para as contribuições de Winnicott para a clínica psicanalítica.

O aspecto importante e que será ampliado e maturado durante o trabalho de Winnicott assemelha-se em certa medida ao trabalho de Freud em legitimar o sofrimento histérico sem reduzi-lo ao biologismo reinante na medicina do século XIX. Poderíamos dizer que Winnicott como pediatra também pôde dar voz ao que acontece com a criança pequena que não se explica somente da perspectiva médico biológica, dando lugar e valor para o que estaria acontecendo com crianças pequenas e que elas ainda não eram capazes de nomear. Do mesmo modo, seguiu os anseios do pai da Psicanálise ao buscar a escuta e terapêutica da psicose além dos limites da técnica até então construída. A semântica de Winnicott nos leva a repensar a própria noção de psicopatologia como *patologia do amadurecimento* que será pensada em relação ao tempo do amadurecimento e as necessidades específicas deste.

Antes de se habilitar psicanalista, ele já demonstrava sua preocupação com alterações no comportamento de crianças não justificados somente por doenças físicas. É desse modo que o sintoma ansioso foi o primeiro evidenciado por Winnicott, cuja compreensão com bases neuróticas ainda é evidente, visto tratar-se do início de suas publicações e do seu trabalho como psicanalista. Por meio de inúmeros relatos de crianças por ele tratadas em que os sintomas antes tratados como doenças físicas, na verdade, tratavam da ansiedade. Em 1938 ele já alertava para a necessidade de se compreender a normalidade ou anormalidade de um dado sintoma individual e “que o uso apropriado da história da criança pode ajudar nesse sentido, isto é, se for combinada com o conhecimento do mecanismo do desenvolvimento emocional da criança” (WINNICOTT, 1982 [1938], p. 242).

É, em 1941, que Winnicott introduz uma compreensão nova acerca do comportamento dos bebês com o “jogo da espátula”. Trata-se do seu primeiro trabalho como psicanalista, embora nunca tenha deixado de ser pediatra. Nesse texto, ele faz referência ao termo *psicossomática*, o qual será muito importante para sua teoria do amadurecimento. Por meio da dedicação ímpar na observação de bebês e crianças, pôde criar uma condição específica de pesquisa do comportamento de bebês: o que acontecia com o bebê que estava entre o médico e a mãe durante uma consulta pediátrica.

Essa situação foi nomeada de situação padrão, dado seu desdobramento enquanto condição de observação do comportamento da dupla mãe-bebê. A mãe de um bebê de cerca de sete meses, ao adentrar ao consultório, é solicitada que se sente no ângulo da mesa com o bebê no colo de frente para Winnicott. A partir daí, uma espátula

reluzente utilizada para avaliação clínica é colocada sobre a mesa, e, então, o bebê fica livre e sem estimulação externa sobre o que realizar. Além do bebê, as reações da mãe também são registradas, visto que, para Winnicott, tais reações nos indicam o estado emocional vivido em casa na relação desta com seu bebê. Quanto ao comportamento do bebê, três estágios podem ser observados, os quais são descritos a seguir.

Primeiro estágio: ao se deparar com o objeto, o bebê se vê num dilema, tocá-lo ou não, geralmente o que antecede sua decisão é uma olhada intensa para mãe e o médico, os quais permanecem inalterados. O bebê que toca a espátula o faz ou se esconde no colo materno, retirando seu interesse, mas, em geral e sem ser reassegurado, mesmo se escondendo na mãe, aos poucos retoma o seu interesse espontâneo e pode então buscar o objeto.

Segundo estágio: relativo ao tempo em que o bebê se depara e pega a espátula, e com isso sua vontade de levá-la a boca aflora e passado pouco tempo a espátula está sendo mastigada pelas gengivas e o bebê está em posse daquilo que buscou. Winnicott destaca a mudança de comportamento do bebê neste estágio, visto que a expectativa e hesitação antes sentida agora são vividamente substituídas por determinação e liberdade e movimentos do bebê.

Terceiro estágio: após brincar com a espátula e incluir a mãe e o médico nessa situação, há outra mudança: a espátula cai no chão. Primeiramente, ela é devolvida ao bebê que brinca novamente e, não sem tanto interesse, deixa-a cair novamente. Após tê-la novamente em suas mãos, derruba-a propositalmente e de forma agressiva se alegra por essa ação e pelo barulho que a espátula de metal provoca no chão. A finalização desses estágios decorre quando o bebê pede para descer e brincar com a espátula, mordiscá-la novamente ou ainda quando perde interesse e se volta para outros objetos.

Tal descrição mostra segundo Winnicott (2000 [1941]), o comportamento dito saudável de um bebê entre cinco e trezes meses de idade e até mesmo intervenções terapêuticas nessa situação padrão. Os indicativos de alguma condição diferente desta descrita será observável por um comportamento extremo do bebê: ou ele agarra fortemente a espátula levando-a à boca ou então não demonstra nenhum interesse pelo objeto, inclusive podendo nem perceber sua existência. Outro padrão será aquele no qual o bebê pega a espátula, mas não a mantém em sua posse, lançando-a ao chão repetidas vezes. O grau demonstrado por cada um desses extremos será compreendido como indicativos de sofrimento para Winnicott.

É no período da hesitação observada nos bebês que o sintoma da ansiedade será descrito, visto que o impulso em direção ao objeto é de algum modo contido. Nesse início do trabalho como psicanalista, a compreensão sobre o sintoma da criança terá contornos klenianos, já que Winnicott foi supervisionado por ela, assim como o recurso da interpretação relativo ao significado do comportamento da criança pequena, tal qual Freud o realizou na análise do pequeno Hans. Ainda assim sua capacidade de empatia com a criança pequena e uma verdadeira fé nos sentimentos e sofrimento de bebês foi lhe dando a oportunidade e a compreensão de que os sintomas físicos eram movimentos auto curativos dos bebês. Sintomas são parte fundamental da vida e uma tentativa de retomar a saúde ou de suportar as intempéries do viver.

No decorrer do trabalho clínico de Winnicott veremos que o *significado* dará lugar ao *sentido* da experiência para a criança e os desdobramentos teóricos acerca da sua compreensão sobre o sintoma. Um dos questionamentos que o levaram a rever o sentido do sintoma deu-se na constatação de que a vida em si é difícil e que mesmo um bebê precisa lidar com necessidades as quais não está preparado e por isso a distinção entre normalidade e anormalidade é discutida e revisada por Winnicott dados os diferentes contextos ambientais e condições pessoais da vida. A partir desse entendimento, a saúde emocional será vista como a capacidade que um bebê e a criança têm de fazer *uso* dos diversos recursos subjetivos, como defesa contra angústias e conflitos. Desse modo, não é o sintoma em si o que é patológico, pois ele é necessário para lidar com a vida, mas é o seu *uso* que pode se tornar patológico. “A anormalidade revela-se numa limitação e numa rigidez na capacidade infantil para empregar sintomas, e uma relativa carência de relações entre os sintomas e aquilo e o que se pode esperar como auxílio” (WINNICOTT, 1982 [1946], p. 149).

Como exemplo, ele dirá sobre a criança que urina na cama, comportamento comum na infância, o qual nem sempre se refere a um sintoma patológico, podendo inclusive representar a reivindicação de um direito pessoal contra uma imposição severa, e por isso um sinal de saúde. O sintoma poderá ser abandonado assim que outros métodos possam ser utilizados como afirmação da personalidade. Dessa forma, os sintomas são naturais, compõem o processo do crescimento e um recurso importante para enfrentar as adversidades inerentes à vida. Assim, Winnicott afirma:

A esses recursos, normalmente empregados pelas crianças, é que chamamos sintomas, e dizemos que uma criança normal é capaz de ter qualquer espécie de sintomas, em circunstâncias apropriadas. Mas com uma criança doente, não são os sintomas que constituem a dificuldade; é o fato de que os sintomas não estão cumprindo sua tarefa e constituem tanto um incômodo para a criança como para a mãe (WINNICOTT, 1982 [1946], p. 144).

Importa sobremaneira pensarmos o que comunica esse sintoma, mais do que o conteúdo a ele subjacente, visto que os sintomas são como mensagens ao ambiente do que a criança sente por estar viva. Os sintomas podem tornar-se padrão de adoecimento quando deixam de comunicar ao ambiente suas necessidades, precisando assim ficar contidos e distorcidos daquilo que a criança sente, impedindo o curso do seu desenvolvimento. E mais ainda quando o sintoma deixa de existir, ou seja, perde a esperança¹¹ em ser comunicado.

Podemos observar que a construção do sintoma desde a perspectiva de Winnicott vai nos encaminhando para sua compreensão do que compõe a saúde emocional e do que seria doença e com isso, entendermos a diferença entre indivíduos que vivem experiências¹² de forma inteira, ou seja, são mais saudáveis daquelas que vivem um padrão defensivo que impede a *integração*¹³ e paralisam o curso do amadurecimento e por isso formam padrões que causam adoecimento.

Os sintomas nem sempre são percebidos pela família, é trabalho do analista ajudar a reunir tais sintomas dentro da história da criança e especificamente discernir se o sintoma está presente e, portanto, conseguindo comunicar algum nível de adoecimento ou ainda sua inexistência, que confunde e camufla seu amadurecimento. É desse modo que Winnicott defende, que “normalidade, ou saúde, está ligada à maturidade, e não à inexistência de sintomas” (1958b [2011], p. 147).

¹¹ Ferraz (2019, p.109) compreende que a esperança faz parte da tendência à integração, de forma que Winnicott “trouxe à tona com a questão do si-mesmo defendido, retraído, cindido, a questão do par esperança-esperar, pois às vezes, o paciente precisa do suporte da esperança do analista” enquanto teme que qualquer movimento seu, como - gesto espontâneo - possa vir a ser ultrajado, violado pelo ambiente.

¹² Conforme Laurentiis (2016, p.111) “o sentido do termo experiência não é unívoco em Winnicott: quando o ego está estruturado, a experiência é descrita como aquilo que pode ser vivido dentro do que o autor denominou “área de onipotência do ego”, ou seja, no âmbito de criatividade do indivíduo. Assim, nas primeiras etapas da vida, só pode haver experiência em termos de elaboração imaginativa do soma, ou seja, de organização psicossomática”.

¹³ Na análise de pacientes psicóticos, Winnicott (2000 [1945]) observa a regressão a estados de não-integração, possibilitados pela desintegração, os quais serão descritos posteriormente quando tratarmos do fenômeno da integração como condições para a saúde emocional.

Segundo Winnicott (1990), a compreensão da saúde emocional da criança e posteriormente do adulto foi pensada por Freud a partir da vida instintual especificamente com base na sexualidade¹⁴ infantil e da vivência edípica. O indivíduo que sofre de conflitos oriundos das relações interpessoais, são chamados, na semântica winnicottiana, de pessoas inteiras, que sofrem de adoecimentos do tipo neurótico. Os sintomas neuróticos são compreendidos como manifestação de saúde emocional, por referirem-se a conquistas no amadurecimento que permitem a formação do ego¹⁵ de modo fortalecido e que é capaz de lidar com a realidade e com toda gama de emoções e sentimentos advindos da relação com o mundo. O extremo e patológico é destacado se “a organização defensiva contra a ansiedade é mais evidente que os instintos, seu controle consciente e sua influência sobre a ação e a imaginação, o quadro clínico é mais de psicose que de saúde” (WINNICOTT, 1990, p. 80). Sobre isso, acrescenta-se que:

Na saúde existe, portanto, maturidade no desenvolvimento do instinto, alcançada a grosso modo aos 5 anos, ou seja, antes do fato biológico da latência. Na puberdade, os padrões de desenvolvimento instintivo e de organização defensiva contra a ansiedade, que estiveram presentes no período anterior à latência, reaparecem e determinam em grande parte o padrão e a capacidade instintiva do adulto. (WINNICOTT, 1990, p. 80).

Nesse aspecto, Winnicott rediscute o termo saúde emocional, por constatar que anterior à vivência do Complexo de Édipo há a necessidade da oferta de importantes condições ambientais para a constituição da *pessoa inteira*. Para tanto, Winnicott aborda a conquista do desenvolvimento emocional como *uma possibilidade* para cada indivíduo, podendo ou não se realizar, pois depende das condições ofertadas para que a saúde seja conquistada.

Para a compreensão do indivíduo saudável, a teoria da neurose freudiana fornece o aparato fundamental para sua descrição e tratamento, no entanto os padecimentos de natureza psicótica não podem ser vistos sob esta ótica. É assim que para Winnicott, o

¹⁴Loparic (1999) explica que seria um reducionismo afirmar que “Winnicott desconhece os problemas sexuais. Ele os reconhece plenamente, enfatizando, entretanto, que eles devem ser vistos no interior do processo de amadurecimento e não à luz da teoria do desenvolvimento da libido” (LOPARIC, 1999, p.358).

¹⁵ Conforme explica Dias (2003), foi somente após as obras de 1962 que Winnicott distingue ego e si mesmo e os consolida a partir de uma semântica própria. Com isso, ego não se refere a uma instância do aparelho psíquico. Nas palavras de Winnicott, “pode-se usar a palavra ego para descrever a parte da personalidade que tende, sob condições favoráveis, a se integrar numa unidade”. (1983 [1962c], p.55)

sintoma nem sempre se refere ao quadro patológico e em termos de recursos subjetivos pode-se observar que “as defesas organizadas na neurose apontam o caminho para a ansiedade, que não apenas se encontra por trás do sintoma neurótico, mas também fornece a força e a qualidade das manifestações da saúde” (1990, p. 55). O caminho criado por Winnicott foi pensar as bases do desenvolvimento emocional primitivo que poderiam fornecer respostas para a psicose e o sofrimento decorrente antes da vivência de relacionamentos entre pessoas.

A partir da teoria pulsional criada por Freud, observa-se que o Ego lidava e se debatia frente às pulsões e a realidade, as quais alcançando alguma homeostase permitiam o crescimento e a sobrevivência do indivíduo, sem perda da capacidade de lidar com suas angústias e conflitos. Para Winnicott, o ponto de observação era muito distinto, pois não entendia como garantido o psiquismo e a capacidade de lidar com a realidade. Conforme seu colega e editor Masud Khan, Winnicott via o encontro com a realidade como uma conquista do amadurecimento, de forma que esta era vista como “uma aliada do processo de maturação em curso na criança, e examinou com uma perspicácia toda especial a natureza das provisões ambientais (maternas) em relação à personalização das potencialidades pulsionais e psíquicas do bebê” (KHAN, *apud* WINNICOTT, 2000 [1945], p. 41).

Desse modo, Winnicott compreende que a vida instintual precisa ser pessoalizada por cada indivíduo, o que pressupõe um grau maior de *integração*, e a partir do desenvolvimento emocional pode-se perceber quando a saúde caminha bem. Do contrário, também se pode identificar dentro do contexto da vida em que pontos o quadro de adoecimento e, portanto, sintomático instalou-se como sinal de alerta sobre dificuldades para o amadurecimento (que pressupõe ter mais condições de questionar e viver a partir de si mesmo¹⁶). No próximo tópico trataremos o sintoma participando do desenvolvimento emocional e a importância da memória para o indivíduo que está crescendo.

¹⁶ O conceito winnicottiano de *si mesmo* e de *ser* não se refere a um conceito filosófico de um sujeito unificado e monádico. O *si mesmo* refere-se a noção de “tendência a integração num si-mesmo unitário não se refere ao campo pulsional, nem a conflitos inconscientes, que seriam por ela superados ou anulados; diz respeito, sim, a todos os âmbitos do indivíduo, as suas potencialidades — inconscientes, de início, mas não no sentido do reprimido: seu corpo, suas memórias corporais, sua temporalidade e espacialidade, do início subjetivas e, depois, objetivas, os estados de quietude e de excitação, a instintualidade, a fantasia, a externalidade do mundo etc. etc. etc. —, as quais, a partir da não-integração, irão gradualmente integrar-se numa unidade, fazendo parte da pessoa inteira do indivíduo” (DIAS, 2003, p. 146).

4.2 As condições para a constituição das pessoas inteiras e da memória

Nos textos iniciais da década de 1930, Winnicott já fazia uso do termo *desenvolvimento emocional* para enfatizar aspectos importantes que acompanham o crescimento físico dos bebês e crianças. No texto de 1941, em que aborda a situação padrão realizada com a espátula citada anteriormente, ele acentua a importância do sentimento gradual de estabilidade sentido pelo bebê que cresce em condições ambientais satisfatórias, o que vai “fortalecendo as fundações de seu desenvolvimento emocional” (WINNICOTT, 2000 [1941], p. 129).

A relação primitiva inicia-se antes mesmo do nascimento e o que hoje é dado como fato pela medicina, já era tratado por ele com devida importância, o que foi abordado em seu texto *Memória do nascimento e trauma do nascimento* de 1949. A fim de compreendermos o percurso da constituição do indivíduo como *pessoa inteira*, precisamos entender que *ambiente*, segundo Winnicott é tudo que se refere ao campo relacional do bebê que está iniciando a vida, até as ampliações da vida coletiva e social a que todo ser humano está referido.

No início da vida, o bebê, dada a sua precariedade, é totalmente dependente do cuidado ambiental e o que acontece nesse tempo tem desdobramentos importantes para a saúde emocional. Segundo Winnicott, (2000 [1945]), o desenvolvimento emocional primitivo depende da realização de três tarefas que oportunizarão ao bebê condições para começar a existir por si mesmo e poder começar a lidar com a realidade como algo externo a ele. A primeira refere-se à *integração*, fenômeno duradouro que se inicia antes mesmo do nascimento, pois é a partir dele que a vida do bebê poderá ter sentido próprio, podendo ser observada clinicamente pela experiência de alojamento psicossomático. Todo indivíduo tem uma tendência inata à *integração*, que somente poderá acontecer se o ambiente facilitar as condições para sua realização.

Para Winnicott (2000 [1945]), dois conjuntos de experiências promovem a *integração* logo que o bebê nasce: a presença de alguém que possa cuidar dele, mantê-lo aquecido, trocar sua fralda, dar-lhe banho, amamentá-lo, chamá-lo pelo nome. Este alguém tão disponível em geral é a mãe comum e saudável, capaz de identificar-se com o bebê e adaptar-se sem grandes prejuízos às suas necessidades. O segundo conjunto refere-se a experiências instintivas as quais tornam possível ao bebê constituir a

personalidade a partir de dentro. A *integração* ocorre no decorrer do tempo, nas repetidas experiências de relaxamento promovido pelo sono, por exemplo, e o bebê desperto. Conforme a *integração* é conquistada, o bebê começa a ter pequenas amostras da realidade.

Winnicott (2000 [1945]) descreve a *integração* inicialmente a partir da relação do bebê com o seio materno (sem atribuir-lhe valor essencial do amor da mãe pelo bebê). O bebê com impulsos instintivos e a mãe com o poder de produzir leite e de querer ser atacada pelo bebê, de forma que “esses dois fenômenos não estabelecem uma relação entre si até que a mãe e o bebê *vivam juntos uma experiência*” (2000 [1945]), p. 227, grifo do autor). Essa experiência será descrita em diferentes momentos da obra de Winnicott (2000 [1945]) como o fenômeno da *ilusão de onipotência*, em que o bebê, tendo sua necessidade atendida pela adaptação materna que lhe oferta o seio ao passo que o bebê faz um gesto em direção a ele, permite assim que o bebê viva um momento de *ilusão* de que o criou. A *ilusão* – “uma partícula de experiência que o bebê pode considerar *ou* como uma alucinação sua, *ou* como um objeto pertencente à realidade externa” (WINNICOTT, 2000 [1945]), p. 227).

Assim, a mãe *suficientemente boa*¹⁷, como ambiente que protege o bebê de lidar com a realidade objetiva e com as dificuldades inerentes a esta, vai ajudando a constituição do bebê por meio da *integração* destas vivências de estar dormindo e acordado, com fome e com frio, e daí por diante. É a previsibilidade ofertada pela mãe *suficientemente boa* que está sempre ali, especialmente no início da vida que garante a experiência da *ilusão de onipotência*. É desse ponto da experiência que Winnicott compreende estar fundada a capacidade futura do indivíduo de poder perceber objetivamente a realidade.

Aqui há uma distinção fundamental na semântica winnicottiana, visto que a realidade não apenas surge para frustrar o bebê, mas, sobretudo como alívio que ela mesma proporciona, pois estamos tratando de bebês reais que se sentem efetivamente alimentados pelo leite, e não pela sua alucinação. Do mesmo modo, as fantasias nesse momento primitivo “não estão ainda ligadas à representação de palavras, mas são repletas de conteúdos e emocionalmente ricas, e é possível afirmar que são elas que

¹⁷ Veremos no tópico “Patologias do amadurecimento” a descrição dos fenômenos que impossibilitam a vivência da integração, sobretudo na fase da dependência absoluta quando a mãe- como ambiente- não consegue proteger o bebê da realidade externa, e este precisa então reagir às falhas. Se isto se torna um padrão o bebê deixa de amadurecer, pois este é paralisado pela necessidade da reação às falhas.

forneem as fundações sobre as quais será erguida mais tarde toda a vida de fantasias” (WINNICOTT, 1941 [2000], p. 121).

A segunda tarefa, da *personalização* depende então da *integração*, visto que o sentimento de estar dentro do corpo não é algo inato ao bebê, senão também uma “experiência instintiva e a repetida e silenciosa experiência de estar sendo cuidado fisicamente que constroem, gradualmente, o que poderíamos chamar de personalização satisfatória” (WINNICOTT, 2000 [1945], p. 225). Vejamos que Winnicott faz uso das palavras previsibilidade, repetição como acontecimento que se dá no tempo, as quais auxiliam na sensação de continuidade, são estas experiências que vão consolidando registros sutis como memórias corporais¹⁸ e sensoriais de que o bebê habita o próprio corpo.

São as repetidas experiências de cuidado que vão facilitando ao bebê a sensação de que o corpo cuidado se trata do seu. Em todo processo de *integração* a conquista da união psicossomática percorre toda a vida, tendo em seus inícios a indispensabilidade de vivê-la como experiência do ambiente para o bebê, do bebê para o ambiente. Explica Loparic, (1999):

A mãe e o bebê falam pelos gestos, pelos ritmos, pelos cheiros e tessituras, num mundo suspenso sem objetos representáveis, como se fossem personagens do teatro nô. Nessa hora, nenhum dos dois é objeto para outro. Não acontece nenhuma “transferência” de afeto ou de representação, nenhuma fabulação ou fantasia. O que acontece é a relação de dependência em que o bebê pede e a mãe atende (LOPARIC, 1999, p. 373).

O corpo vivo do neonato, reconhecido pela presença materna em sua totalidade como pessoa vai aos poucos constituindo no bebê sutis experiências de união entre suas partes. No início, que são na verdade inícios, não há para o bebê a sensação de ser um. Esta será um desdobramento da relação de fusão da mãe com ele e vice-versa. Por isso a noção de dentro e fora para o bebê é uma conquista posterior em termos de amadurecimento.

A unidade psicossomática compõe-se da união entre soma e psique, as quais embora tenham qualidades distintas precisam coexistir, visto que nada em termos de

¹⁸ Numa das poucas passagens em que faz uso desta expressão, Winnicott (1990) a refere como anterior à capacidade do bebê de representar aquilo que vive. Ele chega a perguntar-se: “Em que idade o ser humano começa a ter experiências? Devemos presumir que, antes do parto, o bebê já seja capaz de *reter memórias corporais*, pois existe uma certa quantidade de evidências de que a partir de uma data anterior ao nascimento, nada daquilo que um ser humano vivencia é perdido” (1990, p. 166).

amadurecimento ocorre de forma estanque. O corpo (soma) que é cuidado pela mãe-ambiente vai sendo *elaborado imaginativamente* pela *psique*, e esta por sua vez também começa a ganhar contornos específicos, ou seja, a *psique* se forma também no relacionamento com o corpo. Nas palavras de Winnicott, “a porção psíquica da pessoa tem a ver com relacionamentos, relações dentro, relações com o corpo, com o mundo externo” (1990, p.28). O que vemos por meio da *elaboração imaginativa* é descrito pelo seguinte esquema de Winnicott:

- 1) Simples elaboração da função; 2) Distinção entre: antecipação, experiência e memória; 3) Experiência em termos de memória da experiência; 4) Localização da fantasia dentro ou fora do *self*, com intercâmbios e constante enriquecimento entre ambos; 5) Construção de um mundo interno, ou pessoal, com um sentido de responsabilidade pelo que existe e ocorre lá dentro; 6) Separação entre consciência e inconsciente (Winnicott, 1958d[2011], p.10).

Vemos pela descrição que diferentes fenômenos participam da *elaboração imaginativa das funções corporais*, ou seja, o bebê imagina pela constância de cuidados, sustentação e manejo ofertados pela *mãe suficientemente boa*, aquilo que é vivido no cotidiano de sua vida. Pequenas amostras das partes do corpo que são cuidadas, vão contornando e criando sentidos para o bebê de ser ele mesmo, assim como amostras de tempo, memória, dentro e fora, eu e outro. A *psique* surge de forma saudável quando acompanhada da tendência ao amadurecimento, pela constância de cuidados que a mãe fornece consoante ao que um bebê é capaz de suportar, de modo que "o corpo é essencial para a psique, que depende do funcionamento cerebral e que surge como uma organização da elaboração imaginativa do funcionamento corporal" (WINNICOTT, 1990, p. 144).

É fácil de imaginarmos como o mundo pode ser inóspito ao bebê sem as condições de amparo e contorno que a mãe, como corpo e pessoa capaz de identificar-se com a fragilidade dele pode ofertar-lhe como experiência de encontro com o mundo. O bebê, antes de saber que é amado, o sente pela forma como é cuidado, antes de ser nomeado, falado, são as sensações que permanecem como memórias primitivas de cuidado que o acompanham, ou seja, a memória está intimamente ligada ao corpo e aos inícios da união psicossomática.

É desta diferenciação teórica em que a psique -que surge com a experiência de sentir o corpo como próprio - que nos fornece condições para pensar sobre as

experiências de horror frente ao próprio corpo vividas por Schreber, somados aos relatos biográficos das práticas corporais intrusivas que a família pregava como importantes para a formação do caráter da criança. Como vimos acima, a *psique* surgindo da *elaboração imaginativa*, colabora para a união psicossomática e tem o implemento da *mente* ajudando o bebê que cresce a lidar com a desadaptação materna.

A *mente* refere-se a uma conquista da *dependência relativa*¹⁹, em que o bebê já é capaz de suportar a ausência materna em um período temporal relativamente maior, tanto pela necessidade da própria mãe de retornar a vida sem a extrema adaptação, quanto pela vivência da *desilusão de onipotência* necessária ao bebê para a chegada do sentido de realização, conforme revemos a seguir. É desse modo que a mente, quando tudo corre bem, colabora para a compreensão do bebê sobre as pequenas falhas ambientais, pois já tem condições de lembrar da mãe, reconhecer os ruídos do ambiente, já alcançou certa *integração* psicossomática via capacidade de *elaborar imaginativamente* o corpo e a si mesmo²⁰.

Nesse campo de experiência, psique-soma “dançam” juntos, diferentemente dos quadros em que o ambiente falha de modo excessivo e a *mente*²¹ usurpa o ambiente a fim de proteger o bebê das falhas. Nas palavras de Winnicott, “trata-se de um estado de coisas extremamente desconfortável, principalmente porque a psique é ‘seduzida’ para transformar-se nessa mente, rompendo o relacionamento íntimo que anteriormente existia entre ela e o soma” (WINNICOTT, 2000 [1949a], p. 336).

¹⁹ O estágio da *dependência relativa* e as falhas na desadaptação materna serão abordados no tópico sobre “as patologias do amadurecimento”.

²⁰ Importante destacar que para a semântica winnicottiana, “o sentido de si só pode ter lugar em termos de pequenos flashes, breves momentos de integração que surgem na esteira dos impulsos. No futuro, reunidas, essas experiências momentâneas estarão na base daquilo que será a qualidade do sentido de corporeidade do bebê, de ser si mesmo, de ser um e viver alojado num corpo pessoal, com seus funcionamentos abraçados pela psique” (LAURENTIIS, 2016, p.94).

²¹ A *mente* de Schreber que se ocupa de pensar demasiadamente e descolada da experiência psicossomática, *impedida* de acontecer, enseja todo o percurso desta tese e retoma o trecho do poema de Louise Glück usado como epígrafe: “Você ouviu essa voz? Esta é a voz da minha mente;/você não pode tocar meu corpo agora./ele mudou certa vez, endureceu./não lhe peça para responder novamente./Um dia como um dia de verão./Excepcionalmente parado. As alongadas sombras dos carvalhos/quase roxas nos caminhos de cascalhos. E, ao entardecer, calor. Noite como uma noite de verão./Não me faz nenhum bem; a violência me transformou./Meu corpo arrefeceu como os campos despidos;/ agora só existe a minha mente, desconfiada e atenta./com a impressão de ser testada” (GLÜCK 2021, p.23, grifo nosso).

Habitar o próprio corpo é, para a teoria winnicottiana, uma experiência psicossomática, na qual psique e soma tem uma relação íntima, o que é diferente da conceituação freudiana de que o ego é formado sobre o funcionamento corporal.²² Nas palavras de Winnicott, para Freud “o ego é essencialmente um ego corporal (isto é, não uma questão de intelecto). No contexto atual estamos examinando a conquista de cada indivíduo da união da psique com o soma” (WINNICOTT, 1983 [1963b], p. 201). É esta conquista, tão fundamental para a constituição do si mesmo que lançará as bases e acompanhará toda a vida do indivíduo. Habitar o corpo como próprio, nada mais é que habitar um lugar-experiência a partir do qual viver.

Esse somatório de experiências integradoras nos leva à tarefa ambiental da *realização*, na qual *integração* e *personalização* tendo ocorrido de modo *suficientemente bom* garante ao bebê condições de perceber um pouco mais a realidade e o que acontece fora dele. A realidade como externa ao bebê só poderá ser encontrada sem traumas, se antes o bebê tiver sido em alguma medida, protegido da realidade por meio da experiência de *ilusão de onipotência* em que o mundo que o encontra, também é sentido como criado por ele. Assim, a realidade apresentada em pequenas doses vai se constituindo *com* o bebê como *objeto subjetivo*.

A externalidade do mundo, na semântica winnicottiana, pressupõe a existência de um *entre* mundo subjetivo e mundo objetivo, o qual será futuramente descrito no fenômeno da transicionalidade. Como o mundo pode se encontrado sem perda da capacidade de concebê-lo subjetivamente? Para Winnicott, é a confiabilidade construída por meio de um ambiente atento as necessidades do bebê que aos poucos vai criando condições para que a externalidade seja percebida. A percepção de algo externo é ainda incipiente, será incrementada à medida que o bebê cresce e é alcançada no estágio do EU SOU, quando a criança percebe a realidade como fora dela de forma mais inteira. A ressalva de Winnicott é de rico valor para compreendermos o entre dos mundos, pois o mundo subjetivo sem relação com a realidade não pode ser compreendido como um fenômeno de saúde, e sim de patologia. Assim, para o autor, “o subjetivo é

²² Laurentiis explica que Winnicott emprestou o conceito freudiano de ego corporal para pensara personalização, ou a ideia de que o ego é antes de tudo um ego corporal; a novidade winnicottiana é que a identidade pessoa-corpo só ocorre na saúde. Outra diferença importante é que a concepção freudiana de ego corporal baseia-se na imagem que a criança faz do próprio corpo a partir da estimulação da sensação de pele (cf. DIAS, 2003, p. 111). Em Winnicott, a experiência - e não a imagem - global de ser si mesmo, pessoa e corpo, é dada pela somatória das inúmeras microexperiências significativas de contato do corpo com o ambiente e com o corpo da mãe. (LAURENTIIS, 2016, p.107).

tremendamente valioso, mas é tão alarmante e mágico que não pode ser usufruído, exceto enquanto um paralelo objetivo” (WINNICOTT, 2000 [1945], p. 228).

A conquista da *relação de objeto* nos mostra uma mudança de perspectiva do ponto de vista do bebê em relação ao mundo. É a partir dela que o bebê começa a se relacionar e pode vivenciar os primeiros contatos com a realidade externa, que nesse início ainda é permeada por uma *área intermediária*. É nesta área que ocorrem os *fenômenos transicionais*, os quais inauguram uma nova e única forma de relação do bebê com o mundo externo, pois dizem de um modo de relação que não está nem somente no mundo subjetivo e nem totalmente no mundo objetivo. Ela ocorre no *entre* e, por isso, é tão salutar e produtiva para todos os modos de relação da vida do bebê, da criança, do adulto e do velho.

É a confiabilidade proporcionada por um ambiente previsível e atento às necessidades do bebê, deixando-o livre para viver situações diversas como o adormecer, apertar o seio da mãe, entre outras, que garante seu percurso em direção ao mundo, representado inicialmente pela mãe. É esta confiança, que não é pensada, mas sentida pelo manejo com o bebê, que vai constituindo nele a *crença* de que o mundo procurado será encontrado. Desse modo, o bebê pode transitar entre estados de *integração* e os estados tranquilos de *não-integração* sem ocupar-se de cuidar do ambiente antevendo possíveis falhas. Novamente, é pela *memória da presença*²³ materna construída pelo acúmulo de experiências de confiabilidade que paulatinamente “torna-se um padrão e forma uma base para as expectativas do bebê. Ele passa a *confiar* nos processos internos que levam à *integração* em uma unidade” (WINNICOTT, 2002 [1968a], p. 87, grifo nosso). Do mesmo modo, é a experiência de *mutualidade*²⁴ sentida pelo bebê, na qual uma comunicação silenciosa vai se constituindo pela dupla.

²³ No estudo realizado na pesquisa de mestrado delineamos como a *memória da presença* é de fundamental importância para a constituição e amadurecimento do indivíduo, o que se fará mais claramente pela conquista do estágio do EU SOU e das necessidades emocionais vividas no *setting* terapêutico.

²⁴ A experiência da *mutualidade* está intrinsecamente ligada à ideia de uma comunicação não-verbal e silenciosa vivida pela extrema disponibilidade de capacidade de identificação que a mãe *suficientemente boa* é capaz de fornecer ao bebê. Assim, nas palavras de Winnicott, mutualidade é “começo de uma comunicação entre duas pessoas; isto (no bebê) é uma conquista desenvolvimental, uma conquista que depende de seus processos herdados que conduzem para o crescimento emocional e, de modo semelhante, depende da mãe e de sua atitude e capacidade de tornar real aquilo que o bebê está pronto para alcançar, descobrir, criar... Uma outra coisa, contudo, é a comunicação entre o bebê e a mãe, algo que é uma questão de experiência e que depende da mutualidade que resulta das identificações cruzadas (1969a [1994], p. 198).

Este tipo de comunicação é, porém, silencioso. O bebê não ouve ou registra a comunicação, mas apenas os efeitos da confiabilidade; é algo que se registra no decorrer do desenvolvimento. O bebê não tem conhecimento da comunicação, a não ser a partir dos efeitos da falta de confiabilidade. É aqui que se dá a diferença entre perfeição mecânica e amor humano. Os seres humanos cometem muitos erros, e durante o tempo em que a mãe cuida normalmente do seu bebê ela está continuamente corrigindo as suas falhas. Estas falhas relativas, às quais se dá uma solução imediata, acabam sem dúvida sendo comunicadas, e é assim que o bebê acaba tomando conhecimento do sucesso (WINNICOTT, 2002 [1968a], p. 87).

As tarefas ambientais acontecem de forma concomitante e referem-se, sobretudo à fase de *dependência absoluta*. Para compreender o que acontece com o bebê que cresce, Winnicott foi constituindo estágios do amadurecimento, os quais terão conquistas emocionais específicas que poderão oportunizar aumento de recursos subjetivos para lidar tanto com realidade externa quanto com o que acontece “dentro” dele. Do ponto de vista didático, aquele que cresce sem muitos percalços, ou seja, sem rupturas que paralisam o amadurecimento, vive as fases de dependência sem traumas significativos. Apresentaremos o desenvolvimento emocional descrito por Winnicott.

Um dos aspectos fundamentais sobre o desenvolvimento emocional é a compreensão sobre a tendência à *integração* como algo inerente à natureza humana. No entanto esta tendência não se concretiza sem a facilitação ambiental que protege o bebê de saber de sua dependência, ou nas palavras de Winnicott “não há o sentimento de dependência, e, portanto, a dependência deve ser absoluta” (1948[2000], p. 240). Do mesmo modo é a conceituação de que no início da vida o bebê não existe de forma separada da mãe, ou seja, ao falarmos do bebê, vamos tratar deste sendo cuidado pela mãe.

Como veremos no próximo tópico, se o bebê precisa ocupar-se do ambiente e de suas falhas antes que tenha condições de fazê-lo, maiores são as chances de surgimento de *patologias do amadurecimento* e de quadros de psicose como defesa. A maior conquista dos estágios do desenvolvimento será alcançada quando ao final o bebê for capaz de perceber a realidade e afetar-se por ela, tendo condições de lidar com os relacionamentos interpessoais e os conflitos advindos deste. Na teoria winnicottiana, isto significa que muitas conquistas foram alcançadas e, portanto, estamos lidando com uma *pessoa inteira*.

Descrevemos abaixo as fases de dependência em linhas gerais e as conquistas que o bebê alcança.

Ao falar da mãe e seu bebê, Winnicott chama atenção para alguns aspectos do cuidado materno que serão descritos também nos estágios do amadurecimento assim como são fundamentais para que as tarefas de *integração, personalização e realização* aconteçam. *Holding* é o aspecto primordial, por realizar-se durante a fase primitiva do lactente, chamada de *dependência absoluta*. O *holding* inicia-se antes mesmo do bebê nascer visto que se realiza especialmente porque ele também é oportunizado à mãe. A mãe que também tem o ambiente cuidando dela pode ofertar *holding* de maneira mais natural porque as condições ambientais estão atentas ao que esse período dela vai exigir, e tem extrema importância, pois é com ele que o bebê recém-chegado começa a viver.

O *holding* adaptado às necessidades do bebê vai proporcionar que processos importantes sejam vividos durante a fase de *dependência absoluta*, “é neste estágio que processo primário, identificação primária, auto-erotismo e narcisismo primário são realidades vivas” (WINNICOTT, 1983 [1960a], p. 43).

A provisão ambiental caracteriza-se por diversas atividades que um bebê demanda, mas a qualidade desse cuidado refere-se, sobretudo a realizada por meio da empatia materna, é esta que fornece textura e qualidade afetiva e estética para o bebê que é cuidado. Assim, inclui a satisfação das necessidades instintivas ou fisiológicas, que na teoria de Winnicott 1983 [1960a] não acontece de forma separada da constituição psicossomática, assim como é consistente pela capacidade da mãe de identificar-se com o bebê.

A consistência e previsibilidade que esta gama de cuidados rotineiros que esta fase da vida exige, não são sentidas como rupturas ainda que no dia a dia mudanças instantâneas que são parte do desenvolvimento do lactente possam ocorrer. Desse modo, o *holding* materno o protege de possíveis agressões fisiológicas e por isso leva em consideração em seus cuidados, “a sensibilidade cutânea do lactente, tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, sensibilidade à queda (ação da gravidade) e a falta de conhecimento do lactente da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo” (WINNICOTT, 1983 [1960a], p. 47).

A base da satisfação instintiva e das relações objetais é a manipulação e a condução geral no cuidado do lactente, que é facilmente tido como certo quando tudo vai bem. As bases da saúde mental do indivíduo, no

sentido de ausência de psicose ou predisposição à mesma (esquizofrenia), são lançadas por este cuidado materno, que quando vai bem dificilmente é percebido, e é uma continuação da provisão fisiológica que caracteriza o estado pré-natal. Esta provisão ambiental é também a continuação da vitalidade dos tecidos e da saúde funcional que (para o lactente) *provê um apoio ao ego silencioso* mas vitalmente importante (WINNICOTT, 1983 [1960a], p. 48, grifo nosso).

Winnicott chama atenção para a importância do apoio egóico realizado pela mãe, visto que as experiências ainda não são vividas pelo bebê como parte inteira dele. Desse modo, a provisão ambiental segue como parte da vitalidade inerente à natureza humana que segue seu desenvolvimento quando as condições facilitam. A provisão ambiental ofertada pelo *holding* vai constituindo no bebê a sensação de que as necessidades instintivas podem ser integradas como partes dele mesmo, do contrário podem ser sentidas até mesmo como ameaça, causando assim *sensações persecutórias* no bebê, como veremos no capítulo seguinte.

A capacidade da mãe em adaptar-se às necessidades do bebê dura geralmente até o final da fase de *dependência absoluta*, visto que a partir daí a necessidade dele também muda, pois é esperado que o lactente possa aos poucos separar-se dela sem traumas. A *identificação materna primária* acontece pela própria condição que cuidar de um bebê recém-nascido pode evocar na mãe ou quem exerce essa função, e para Winnicott (1983 [1960a]) vem especialmente das condições ambientais que lhe cercam auxiliando a mãe neste início tão exigente para a mãe e mulher. Outro aspecto relevante refere-se à própria experiência vivida pela mãe quando era bebê, vemos que, sobretudo o puerpério remete a mãe a sensações muito primitivas de como foi cuidada. Podemos dizer que mãe também carrega uma memória corporal de amparo ou desamparo emocional que lhe habitam.

Tão importante como identificar-se com o bebê, é o abandono desta, pois o bebê no estágio da *dependência relativa* já é capaz de suportar a ausência materna e inclusive precisa desta experiência para viver as conquistas deste estágio. Geralmente, “a mãe que não tem distorções nestes aspectos está pronta para deixar ir sua identificação com o lactente à medida que o lactente começa a precisar ficar separado” (WINNICOTT, 1983 [1960a], p. 51).

A fase da *dependência relativa* refere-se à crescente capacidade do bebê de perceber o cuidado que recebe. A satisfação realizada mãe na *dependência absoluta*, que protegia o bebê de saber dos cuidados e do próprio ambiente com sentido de

realidade externo a ele, nesta fase torna-se uma conquista necessária. Aqui o bebê que segue crescendo, já tem mais condições de suportar a ausência e as falhas ambientais sem traumatizar-se, pois começa a relacionar o cuidado que recebe para sua satisfação instintual, ou numa semântica winnicottiana, o impulso pessoal como próprio.

Passa a existir então uma relacionabilidade do ego entre a mãe e o bebê, da qual a mãe se recupera e a partir da qual o bebê pode vir a construir em algum momento a idéia de uma pessoa presente na mãe. Desde este ângulo, o reconhecimento da mãe como uma pessoa surge de modo positivo, normalmente, em vez de derivar da experiência de que a *mãe simboliza a frustração*. A falha da mãe em adaptar-se na fase mais primitiva não leva a coisa alguma, salvo à aniquilação do eu do bebê (WINNICOTT, 2000 [1956a], p. 404, grifo nosso).

O bebê que é manejado, segurado e levado ao colo começa a perceber que a fome sentida é *dele*, que o frio e o calor são deles e assim sucessivamente. São os detalhes do cuidado materno que vão sendo reunidos pelo bebê devido à previsibilidade ambiental garantida pela mãe que é sempre a mesma, e pela rotina de cuidados com ele que vão oportunizando a necessária separação mãe-bebê. Assim como marcas da presença materna vão constituindo a *memória da presença* e o incremento do intelecto auxiliando o bebê a lidar com as falhas ambientais que não se tornam padrão e por isso não adoecem.

As conquistas duradouras da fase de *dependência relativa* seguem ajudando o bebê que cresce a alcançar por volta dos três anos, o último e sequente estágio chamado de *rumo à independência* ou de *interdependência*. Nela o bebê vai consolidando as conquistas da *integração*, *personalização* e *relação de objeto* que o capacitam a ir vivendo sem adaptação ambiental, pois ele conquistou o estágio do EU SOU e tem condições de viver de modo interdependente. Segundo Winnicott (1983 [1960a]) são as *recordações* do cuidado recebido do ambiente, a *integração* da instintualidade como algo próprio, o impulso pessoal que será traduzido na capacidade crescente de brincar e a confiança no meio que oportunizam ao bebê esta importante conquista. O sintoma será compreendido como mais um recurso do indivíduo para lidar com as dificuldades peculiares a cada momento da vida:

A criança que está suficientemente bem para alcançar situações triangulares como as que ocorrem entre pessoas sadias na meninice, quando (como mais tarde na adolescência) a vida instintiva está em

seu ponto nodal de expressão máxima, fica sujeita a conflitos, que em certa extensão se manifestam como ansiedade ou na forma de defesas organizadas contra a ansiedade. Estas defesas ocorrem na normalidade, mas quando rígidas constituem as formações de sintomas próprios da doença neurótica (não-psicótica) (WINNICOTT, 1983 [1962], p. 65).

A conquista relativa a este estágio envolve lidar com a realidade e suas agruras e conflitos, desejos e toda gama sofisticada que viver no mundo e na relação com o outro vão apresentando à criança que cresce, bem como para o adolescente, adulto e idoso. Importante é ressaltar que para Winnicott, saúde não se refere à capacidade de lidar com a realidade como repressora e causa de conflitos apenas. Saúde é seguir sendo sem paralisação ou rupturas que se tornam padrão. Seu alerta é primordial:

É frequente presumir-se que, na saúde, o indivíduo encontra-se *sempre integrado*, vivendo dentro do próprio corpo e sentindo que o mundo é real. No entanto, muito do que chamamos sanidade é, de fato, um sintoma, carregando dentro de si o medo ou a negação da loucura, o medo ou a negação da capacidade inata de todo indivíduo de *estar não-integrado*²⁵, despersonalizado e sentindo que o mundo não é real. A falta de sono em quantidade suficiente produz tais efeitos em qualquer pessoa (WINNICOTT, 2000 [1945], p. 225).

Sabemos que a vida é imprevisível e difícil em si mesma, mas tendo conquistado confiança no ambiente e em si mesmo, o indivíduo pode ter mais condições de acessar seus recursos pessoais, assim como refugiar-se da realidade para descanso e experiências estéticas que são de natureza sensorial e de sensações inalcançáveis apenas pela razão. Estar inteiro implica o reconhecimento de que amadurecer pressupõe regredir sempre que necessário, afinal o sintoma, como a teoria do amadurecimento winnicottiana nos mostra, não é defesa patológica, mas parte da vida.

Interessa-nos assim reconhecer que é parte do viver organizar recursos para enfrentar a vida, interessa-nos, como diz Winnicott acompanhar o “indivíduo vivendo, se defendendo e crescendo” (1983 [1959a], p. 125). O contrário disso é a

²⁵ Reproduzimos a nota de rodapé de Winnicott sobre esta citação, destacando a importância de estados não-integrados como parte da capacidade de lidar com a realidade a partir de sentido próprio e não apenas como sujeição à mesma, assim como a importância do adormecer como função protetora e vitalizante. “Através da expressão artística esperamos manter-nos em contato com nossos *selves primitivos*, de onde provêm os mais intensos sentimentos e as sensações mais intensamente assustadoras, e de fato, quando *apenas são, somos decididamente pobres* (Cabe mencionar aqui, en passant, o uso que os torturadores fazem desse fenômeno. N.T.)” (WINNICOTT, 2000 [1945], p. 225, grifo nosso). Na clínica encontramos exemplos da ausência de confiabilidade ambiental nos indivíduos que sofrem de insônia, além do dado mundial de termos cada vez mais uma população insone.

impossibilidade de *usar* os sintomas como recursos próprios, visto que conquistas iniciais foram demasiadamente comprometidas. É a respeito desse tipo de experiência e de ambiente que trataremos a seguir.

5 O USO DO SINTOMA NA PSICOSE E A MEMÓRIA EM WINNICOTT

Como vimos até aqui, para Winnicott, saúde refere-se ao seguir sendo da vida, em que a relação com a realidade é uma conquista e um avanço na sociabilidade e nas condições para viver a vida fora do âmbito familiar. É importante compreendermos, sob a perspectiva do amadurecimento emocional, o fenômeno da saúde como algo dinâmico, com “padrões de *conciliação* entre êxito e fracasso no estado de desenvolvimento emocional do indivíduo. Desse modo, saúde é maturidade emocional, maturidade de acordo com a idade; e doença mental tem, subjacente, uma detenção da mesma” (WINNICOTT, 1983 [1963b], p. 200, grifo nosso).

Embora o ambiente tenha função primordial na conquista da saúde, cumpre observar que não é o ambiente que *produz* saúde, mas a tendência inata da natureza humana no sentido do crescimento e *integração*, de modo que as condições para a saúde e amadurecimento são interdependentes. O ambiente que oferece condições *suficientemente boas* no início da vida facilita que os processos de crescimento aconteçam. Uma amostra desta conquista será alcançada pela diferenciação eu-outro, o que na vida primitiva, refere-se à diferenciação entre o bebê e a mãe, e no decorrer do crescimento apresentará diferentes aspectos e qualidades. É desse modo que passada a dependência irrestrita, “ainda assim é necessária provisão suficientemente boa, de forma absoluta no princípio e de forma relativa em estágios posteriores, no estágio do complexo de Édipo, no período de latência e também na adolescência” (WINNICOTT, 1962a [1983], p. 65).

O desencontro entre as necessidades do bebê e aquilo que o ambiente oferece colabora para que *distorções* no processo de desenvolvimento aconteçam, de modo que padrões defensivos e reativos se iniciem precocemente. Veremos a seguir que a impossibilidade de viver a dependência do ambiente criará efeitos nos processos de amadurecimento, com aspectos mais impeditivos conforme o estágio de dependência em que aconteçam.

5.1 O sintoma na psicose segundo Winnicott

Como vimos, na neurose trata-se de um quadro em que o desenvolvimento aconteceu sem percalços significativos que colocassem a *tendência à integração* em risco. Desde a perspectiva de Winnicott, a psicose poderá se compreender como uma

das manifestações patológicas, mas ainda assim como tentativas de proteção do *self* verdadeiro e com isso o *uso* ou não do sintoma terá contornos mais definitivos, pois podem encaminhar-se para padrões em que a relação com o mundo como algo externo ao bebê fique significativamente comprometida. O conceito de *self*-verdadeiro é assim descrito por Winnicott:

self verdadeiro provém da vitalidade dos tecidos corporais e da atuação das funções do corpo, incluindo a ação do coração e a respiração. Está intimamente ligado à idéia de processo primário e é, de início, essencialmente não-reativo aos estímulos externos, mas primário. Não há sentido na formulação da idéia do self verdadeiro, exceto com o propósito de tentar compreender o falso self, porque ele não faz mais do que reunir os pormenores da experiência de viver (WINNICOTT, 1960b [1983], p. 135, grifos do autor).

Winnicott (2000 [1945]) compreende que o desenvolvimento emocional primitivo do bebê, “antes que ele reconheça a si mesmo (e, portanto, aos outros) como a pessoa inteira que ele é (e que os outros são) - é vitalmente importante, e é neste período que serão encontradas as chaves para compreendermos a psicopatologia da psicose” (2000 [1945], p. 222). Tal afirmação é importante por tratar-se especificamente das tarefas ambientais que um bebê na fase da *dependência absoluta* necessita para que a *tendência à integração* permaneça enquanto potencial de saúde.

A psicose é compreendida como a organização de defesas muito primitivas pelo bebê “*por causa de anormalidades ambientais*”, as quais impedem que o processo maturativo siga sua *tendência à integração*. Por isso, a psicose na psicanálise é compreendida para além dos componentes biológicos e para Winnicott, são *os efeitos* das falhas ambientais que produzem adoecimento, invertendo o processo iniciado na primeira infância. As falhas ambientais “resultam em falhas no desenvolvimento da personalidade do indivíduo e no estabelecimento do *self* do indivíduo, e o resultado é chamado esquizofrenia” (WINNICOTT, 1983 [1959a], p. 124, grifos do autor).

O *uso* do sintoma nesta fase tão dependente fica de alguma forma prejudicada para observação ambiental, pois se imagina que as condições físicas são preponderantes e indicadores de saúde mais evidentes, no entanto, somente enquanto o sintoma for uma tentativa de comunicação ao ambiente de que algo não segue bem é que podemos constatar seu lugar. Daí a importância do trabalho de Winnicott como pediatra, pois era

por meio deste trabalho que percebia que as necessidades emocionais dos bebês não eram facilmente reconhecidas²⁶.

Faz uma observação sobre a importância do psiquiatra junto ao pediatra e das alterações sutis que o bebê pode apresentar em sua rotina, visto que o bebê adoecido emocionalmente pode apresentar uma saúde física evidente como também nunca ser agressivo ou difícil no manejo com ele. Daí a importância de compreender o que acontece com o bebê, visto que ele pode mesmo ser muito bonzinho, um bebê fácil de cuidar, no entanto isto pode ser indicativo de uma apatia patológica em tenra idade. Conforme Winnicott (1948 [2000], p. 249) alerta, este bebê “pode até ser deixado sobre o braço da poltrona sem perigo de escorregar e cair, e assim por diante. Bebês saudáveis choram, de modo algum aceitam tudo de bom grado, têm vontade própria, e de fato são um problema”, pois são vitalmente afetados pela instintualidade.

Conforme explica Winnicott, no extremo da doença o processo de *integração* impedido de seguir, organiza defesas tão primitivas contra o ambiente que ocasionam um padrão *distorcido* no próprio crescimento. O ambiente distorce as necessidades do bebê, o que gera nele também uma *distorção* em direção contrária ao amadurecimento e à *integração*, podendo dessa forma agir contra ele mesmo.

O desenvolvimento emocional ocorre na criança se se proveem condições suficientemente boas, vindo o impulso para o desenvolvimento de dentro da própria criança. As forças no sentido da vida, da integração da personalidade e da independência são tremendamente fortes, e com condições suficientemente boas a criança progride; quando as condições não são suficientemente boas essas forças *ficam contidas dentro da criança* e de uma forma ou de outra, *tendem a destruí-la*”. (WINNICOTT, 1962a [1983]. p. 63, grifo nosso).

A *tendência à integração* num Eu, capaz de lidar com o mundo externo a ele, forma-se na base dos cuidados que protegem o bebê de lidar com a realidade desde muito cedo, como vimos no fenômeno da *ilusão de onipotência*. Desse modo, quando a ilusão não pode ser vivida, significativas alterações são realizadas pelo bebê a fim de proteger-se da realidade que incisivamente o retrai. Assim, o recurso do sintoma que

²⁶ Já no seu livro inicial “Da Pediatria à Psicanálise”, em um dos textos inaugurais Winnicott 2000 [1945] afirma a necessidade da anamnese de um caso de psicose conhecer os detalhes da relação inicial mãe-bebê por um profissional bem treinado sobre a importância do que acontece nesta etapa primitiva.

poderia ser utilizado como ajuste para lidar com a realidade conforme ele consegue, acaba tornando-se um padrão, dada a inabilidade ambiental de protegê-lo.

Assim, uma distinção importante criada por Winnicott é a de que:

A psicose não fica mais restrita a uma reação à ansiedade associada com o complexo de Édipo, ou a uma regressão a um ponto de fixação, ou a ser ligada especificamente com a posição no processo do desenvolvimento instintivo do indivíduo. Ao invés disso poderia ser pressuposto que a tendência regressiva no caso psicótico é parte da *comunicação por* parte do indivíduo doente, que o analista pode entender do mesmo modo que entende os sintomas histéricos como comunicação. A regressão representa a esperança do indivíduo psicótico de que certos aspectos do ambiente que falharam originalmente possam ser revividos, com o ambiente dessa *vez tendo êxito* ao invés de falhar na sua função de favorecer a tendência herdada do indivíduo de se desenvolver e amadurecer (WINNICOTT, 1983 [1959a], p. 117).

Winnicott entende que os cuidados cotidianos com o bebê, assim como a capacidade da mãe em identificar-se com ele não são exigências doentias quando a saúde emocional materna também a ajuda nesta tarefa. Quando a mãe está em adoecimento ou na impossibilidade de depender temporariamente de um ambiente que a auxilia, torna-se mais evidente a necessidade defensiva do bebê de perda de sua espontaneidade por meio de uma adaptação sua em relação ao ambiente. Esta adaptação causa paralisação na *tendência à integração* e pode muito cedo instalar um padrão patológico persistente se o ambiente não puder reparar rapidamente suas persistentes falhas.

O valor do que precisa acontecer no desenvolvimento emocional primitivo é muito caro ao bebê, dado a própria fragilidade da natureza humana que embora traga a potencialidade para a saúde e integração, é absolutamente dependente da ajuda ambiental e por isso só pode ter relação com o mundo fora dele se o mesmo puder ser apresentado em pequenas doses, conforme vimos na tarefa da *realização*. Winnicott afirma sobre isso que “a doença mental de tipo psicótico surge a partir de adiamentos e distorções, regressões e confusões nos estágios iniciais do crescimento do conjunto ambiente-indivíduo” (WINNICOTT, 2000 [1952], p. 315).

Este conjunto de distorções e alterações na incipiente relação com o mundo externo que ainda não é percebida pelo bebê, mas pela relação bebê-ambiente pode acionar defesas também primitivas de *reação* ao ambiente. O *uso* do sintoma nesta fase

pode ter diferentes delineamentos, os quais serão mais bem apresentados quando tratarmos do sintoma de Schreber. Limitar-nos-emos neste tópico a destacar como o sintoma ocupa uma função de proteção ao bebê, no entanto esta não se manifesta claramente ao ambiente senão como reação patológica, que mesmo não sendo facilmente perceptível acarreta importantes prejuízos para o bebê que está crescendo. Sobretudo porque ele pode até seguir crescendo fisicamente, porém sofre uma paralisação no amadurecimento emocional que se separa da existência psicossomática usurpando da criança a possibilidade de seguir sendo a partir do seu impulso pessoal. Não seria esse o padrão visto em Schreber, até a crise que o levou à internação, uma criança obediente e altamente capaz intelectualmente?

É importante salientarmos que não é evidente o *uso* do sintoma em cada padrão defensivo, isso precisa ser pensado dentro do contexto das falhas e da história de vida de cada um. São as defesas que sinalizam que o curso de desenvolvimento sofreu, sobretudo “no caso da situação de falha ambiental, o que encontramos é a evidência de defesas pessoais organizadas pelo indivíduo, que precisam ser analisadas” (WINNICOTT, 2000 [1955], p.380). Sendo assim, vemos que são as defesas que acabam *distorcendo* a relação do bebê com a realidade, visto que tudo a partir daí deixa de ser integrado como partes de si mesmo.

A falha de um ambiente muito intrusivo ao bebê põe em evidência a necessidade da organização pessoal diferente daquela em que a situação ambiental facilitou o amadurecimento porque o bebê pôde viver a dependência sem precisar se ocupar dela. É, por isso, também que a *memória* é compreendida por nós como presença.

Winnicott 2000 [1955]) chama a atenção para o fato de que na regressão vivida na situação analítica, não se trata apenas de retornar ao passado em pontos de fixação bons ou ruins, mas retornar à experiência em que o ambiente foi bom ou ruim na adaptação às necessidades do bebê na formação do id e do ego. Em outras palavras retornar ao ambiente que facilitou as condições da *integração* num Eu e que por isso será habitado por uma *memória da presença* materna, vê-se que na “situação bem-sucedida, encontramos com mais clareza a memória de uma dependência, e, portanto, *uma situação ambiental* mais do que uma *organização defensiva pessoal* (WINNICOTT, 2000 [1955], p. 380, grifo nosso). Esta diferenciação pormenorizada realizamos na dissertação de mestrado. Aqui mobilizamos o conceito novamente para compreendermos a formação do sintoma e sua relação com a memória.

Desse modo, a memória de uma dependência aceita e vivida não se destaca negativamente na história do indivíduo, posto que nos casos em que ela pôde ser vivida acontece de maneira fluida, sem defesas rígidas e ajuda fundamentalmente na construção de uma organização pessoal, ou seja, como um Eu capaz de viver a partir de si mesmo e das experiências anteriores que o trouxeram até este estágio. Para Winnicott, “no desenvolvimento inicial do ser humano o ambiente que age de modo suficientemente bom permite que o crescimento pessoal tenha lugar. Os processos do eu podem nesse caso permanecer ativos, numa linha ininterrupta de crescimento vivo” 2000 [1955], p. 390).

No quadro da psicose, o que vemos é a necessidade do indivíduo em reagir à intrusão e com isso os processos de *integração* são descontinuados impossibilitando a conquista do Eu integrado e, portanto, capaz de lidar com o próprio corpo enquanto unidade psicossomática, de lidar com a realidade de forma pessoal. O que ocorre é o inverso, o que Winnicott (1983 [1963a]) nomeia como *desintegração*, a qual é empregada especificamente para os quadros descritos como patológicos, neles há uma desintegração da personalidade. Conforme vimos no tópico anterior, o fenômeno da *personalização* é tarefa fundamental para a conquista da relação com o próprio corpo e com a realidade e “assim como a desintegração, o fenômeno psicótico da despersonalização também está relacionado ao retardamento da personalização no início da vida” (WINNICOTT, 2000 [1945], p. 225).

Na *desintegração* ocorre o oposto à *tendência à integração*, o que ocupa lugar e apresenta-se como sintoma são a desrealização e o fracasso no contato com a realidade compartilhada. Quando isto leva a um padrão mais ostensivo, há o surgimento de um Eu defensivo (falso *self*) que toma o lugar do Eu verdadeiro (verdadeiro *self*), é uma versão patológica do eu socialmente polido. O falso *self* que emerge da paralisação do seguir sendo do bebê, na verdade também tem a função de proteção do *self* verdadeiro, que permanece protegido, embora oculto, e sem contato com suas vivências, pois tudo passa a ser vivido como fora do Eu. Ou seja, não se apropria do que vive como verdadeira *experiência*, no sentido que Winnicott utiliza. Nestes casos, o falso *self*, “construído sobre a base de uma submissão defensiva, a aceitação da reação à intrusão” ao mesmo tempo em que o protege, impede que aquilo que é vivido seja sentido pelo indivíduo como real, pois não emerge dele (WINNICOTT, 2000 [1955], p. 390).

Na psicopatologia winnicottiana²⁷ nomeadas também como *patologias do amadurecimento*, os chamados quadros de psicose podem ser compreendidos como aqueles que a relação com a realidade não pôde constituir-se senão como ameaça ou adaptação excessiva com o chamado falso-*self* patológico. No extremo da doença, nem defesas são organizadas, pois elas também exigem algum grau de *integração* da personalidade para se formarem. Por isso, na psicose são as falhas em conquistar a força do ego ou *integração* que se tornam mais importantes para o trabalho clínico, que serão redescritas pelo manejo na clínica de pacientes que não sofrem de neurose, pois não há nem defesas eficientes para serem tratadas.

A psicose como quadro patológico nem sempre se configura desde o início de forma evidente, podendo inclusive ser caracterizado pela organização falso *self* que se assemelha com o quadro da neurose. Entretanto para Winnicott, a psicose pode irromper seja no processo de análise ou em outro contexto de cuidados dedicados ao indivíduo, como no caso da psicose clínica. Nestes casos, a própria doença apresenta-se como tentativa de receber o cuidado não vivido anteriormente. Sobre esta distinção, o autor afirma que em certos casos de psicose clínica, o que emerge é uma ruptura das defesas cuja consequência é o que ele chama de colapso ou colapso nervoso, e então “novas defesas têm de ser erigidas de um tipo ainda mais primitivo, mas o quadro clínico é dominado pelo colapso das defesas, de qualquer modo temporariamente” (WINNICOTT, 1983 [1959a], p. 120). Perguntamo-nos assim se o quadro de colapso vivido por Schreber e a relação deste com o médico não estariam relacionadas ao cuidado ou falta deste recebido por este? A constatação da clínica de Winnicott é a de que novas defesas só podem se organizar novamente nas condições de cuidado com o paciente.

Para Winnicott, o falso *self* é uma organização defensiva complexa e eficiente posto que além de proteger o verdadeiro *self* ainda tem como busca encontrar um ambiente capaz de fornecer as condições para que o *sentimento de ser* possa ser retomado. A clínica da psicose ganha novos contornos a partir de suas contribuições e em suas palavras afirma:

²⁷ Importante lembrar que embora faça uso do termo psicopatologia, no todo da obra de Winnicott este termo foi sendo incorporado de diferentes maneiras, até a compreensão mais clara do que seria a “verdadeira doença”, a saber: o indivíduo não poder viver a partir da raiz da criatividade, ou seja, a partir do seu impulso pessoal.

Gostaria de repetir aqui a idéia de que enquanto o centro de operações do indivíduo localiza-se no falso eu haverá essa sensação de inutilidade, e na prática podemos ver a mudança para o sentimento de que a vida vale a pena ao nos aproximarmos do momento em que o centro de operações se transfere do eu falso para o eu verdadeiro, mesmo antes de o núcleo deste ser passado para o ego total. (WINNICOTT, 2000 [1954], p. 389).

Muitas coisas podem ser pensadas acerca disto, sobretudo da relação com o próprio corpo, os quais serão abordados no próximo capítulo. Por ora, gostaríamos de ressaltar que “o falso *self* organiza-se com a intenção de manter o mundo à distância, mas existe um outro e mais verdadeiro *self* escondido dos observadores, e, portanto, protegido”, e enquanto o *self* verdadeiro subsistir nas pequenas tentativas de comunicação com o mundo, o sintoma ainda terá um lugar de busca de saúde (WINNICOTT, 1990, p. 128). É neste aspecto que o *uso* do sintoma tem valor especial como preservação do indivíduo, ainda que ele mesmo seja muitas vezes imperceptível para o ambiente desatento e inábil em constatar a imaturidade emocional, muitas vezes oculta pela doença que o impediu de viver a dependência do ambiente de forma suficiente. Por fim, é importante ressaltar que nas *patologias do amadurecimento* descrita por Winnicott, compreende-se que os sintomas são *efeitos* das falhas. Se estes estão presentes no adoecimento do indivíduo, ainda indicam esperança de serem comunicados ao ambiente numa tentativa de restabelecer a *integração* não vivida. Quando o paciente deixa de produzir sintomas, indica um extremo de isolamento e perda da esperança em retomar o seu amadurecimento e o alcance da realidade e do relacionamento com o mundo a partir do si mesmo.

5.2 Patologias do amadurecimento e a impossibilidade de criar o mundo com sentido próprio

No desenvolvimento emocional primitivo, importantes tarefas ambientais facilitam a conquista do bebê de tornar-se um indivíduo integrado. As *patologias do amadurecimento* podem ser pensadas a partir das falhas ambientais em proteger o bebê do mundo como separado dele mesmo.

As falhas serão apresentadas no oposto às conquistas, sobretudo aquelas relativas ao desenvolvimento emocional primitivo e o modo como podemos pensar a memória neste processo. Conforme vimos, a rotina de cuidados com o bebê delinea-se,

sobretudo pela oferta do *holding* ambiental e pela capacidade materna em adaptar-se às necessidades do bebê que ainda não sabe lidar com sua instintualidade. Quando a mãe ou quem realiza esta função na relação com o bebê está impossibilitada de viver a *identificação materna primária*, sua capacidade de devotar-se a ele na fase de *dependência absoluta* fica muito prejudicada. Devotar-se ao bebê, para Winnicott (2000 [1956a]) depende mais desta condição de sintonia com as necessidades do que propriamente uma função do intelecto ou de técnicas de como cuidar de um bebê.

Sem o *holding* as conquistas da *integração* e da *personalização* ficam muito comprometidas e com isso, o que delineamos como *memória da ausência*²⁸ marca este período com grandes chances de doença, visto que sem poder aglutinar as experiências instintivas como pertencentes ao próprio corpo, estas ganham chances de tornarem-se persecutórias como veremos nos sintomas hipocondríacos de Schreber.

Consoante Winnicott (2000 [1956a]), na saúde, as experiências instintivas fortalecem o ego, no extremo oposto, de imaturidade do ego, como descrito aqui, as experiências instintivas o dilaceram. Importante esclarecer que neste contexto, o autor compreende que ego corresponde a uma totalidade de experiências, em suas palavras: “O eu individual tem como início um somatório de experiências tranquilas, motilidade espontânea e sensações, retornos da atividade à quietude, e o estabelecimento da capacidade de esperar que haja recuperação depois das aniquilações”, cujo cuidado subsequente da mãe, vivendo a preocupação materna primária, é capaz de reparar (WINNICOTT, (2000 [1956a]), p. 405).

Na *dependência absoluta*, as falhas provocam reações mais nefastas em termos do desenvolvimento que sofre uma paralisação, pois o bebê precisa reagir à intrusão num tempo muito primitivo²⁹. Não são as falhas que são propriamente sentidas pelo bebê, mas os *efeitos* da mesma sobre o bebê, que deixa de crescer como coesão psicossomática. Do mesmo modo que Winnicott afirma que não é o ambiente que promove a saúde, mas a saúde é facilitada devido ao ambiente, pode-se fazer o paralelo de que não é o ambiente que adocece, mas as suas falhas impedem o bebê de seguir à tendência à *integração* como acontecimento que se dá no tempo. Com isso, suas

²⁸ Utilizamos essa expressão para referirmos a condição de não lembrar como representação, mas de sentir por meio de sensações de desamparado e ansiedades de aniquilamento.

²⁹ Winnicott diferencia em termos de vida emocional primitivo de profundo: “profundo não é sinônimo de precoce porque um lactente necessita um certo grau de amadurecimento para ir se tornando gradativamente capaz de ser profundo. Isto é óbvio, quase lugar-comum, e ainda assim acho que não recebeu atenção suficiente” (WINNICOTT, 1983 [1957], p. 103).

conquistas ficam subjugadas pelas reações de cunho defensivo que ele mesmo desenvolve para proteger o *self* verdadeiro.

Como o bebê ainda não sabe da existência da mãe como separada da dele, as falhas na adaptação “não são sentidas como falhas da mãe, e sim como ameaças à existência pessoal do eu. Na linguagem destas considerações, a constituição inicial do ego é, portanto, silenciosa” (WINNICOTT, (2000 [1956a]), p. 405). A sutileza da compreensão do desenvolvimento emocional primitivo nos leva a ver como a incipiente capacidade do bebê vir a *ser* pode ser facilmente interrompida quando da *dependência absoluta*, as quais forjam um funcionamento psicótico defensivo desde tenra idade, ainda que um comportamento manifesto leve bastante tempo a se tornar evidente.

Por outro lado, é quando as coisas não vão bem que o lactente se torna perceptivo, não de uma falha do cuidado materno, mas dos resultados, quaisquer que sejam, dessa falha; quer dizer, o lactente se torna consciente de reagir a alguma irritação. Como resultado disto, no cuidado materno há a ereção no lactente de uma continuidade de ser que é a base da força do ego; enquanto que o resultado de cada falha no cuidado materno é que a continuidade de ser é interrompida por reações às consequências desta falha, do que resulta o enfraquecimento do ego. Tais interrupções constituem aniquilamento, e são evidentemente associadas a sofrimentos de qualidade e intensidade psicótica. Nos casos extremos o lactente existe somente na base da continuidade de reações a irritações e da recuperação de tais reações. Isto contrasta enormemente com a continuidade de ser que é minha concepção de força do ego (WINNICOTT, 1983 [1960a] p. 51).

Assim, as falhas ocorridas na fase de um *holding* ambiental consistente levam ao surgimento de mecanismos primitivos de defesa, como o falso *self*, os quais são relativos à ameaça de aniquilação. Com isso, os demais elementos que levam a *integração* da unidade psicossomática tendem a ficar anulados, visto que o bebê precisa reagir e tem como efeito seguir de forma dissociada, impedido de viver com sentido pessoal o que lhe acontece, pois tudo passa a ser externo a ele, como um caráter de submissão ao ambiente.

Já na fase de *dependência relativa*, convém lembrarmos é aquela em que a *mãe suficientemente boa*, da mesma forma que é capaz de adaptar-se ativamente às necessidades do bebê, é a mesma capaz de realizar uma desadaptação gradual. Isto se dá porque no bebê também ocorre um crescimento em sua capacidade de perceber o ambiente e de suportar as falhas maternas que oportunizam o incremento do intelecto

que o ajuda a tolerar a frustração da ausência da mãe. Esta é uma conquista importante e indica que o amadurecimento segue bem, visto que o bebê tendo condições de perceber o ambiente conforme sua capacidade, também “começa, de certo modo, a se tornar *consciente dessa dependência*. Quando a mãe está longe por um tempo superior ao da sua capacidade de crer em sua sobrevivência, aparece ansiedade, e este é o primeiro sinal que a criança percebe” (WINNICOTT, 1963a[1983], p. 84, grifos do autor).

Vejam os que a ansiedade sentida neste processo é parte da conquista da diferenciação eu-outro para o bebê que está crescendo. Uma significativa falha refere-se a persistente presença da mãe que não consegue desligar-se do bebê, impedindo assim que ele possa viver o fenômeno da *desilusão* ou então quando falha numa desadaptação abrupta de uma ausência insuportável. Neste estágio, a capacidade do bebê de manter a imago materna é incipiente, e tornando-se um padrão repetitivo de falhas na *desilusão* aumenta no bebê a *descrença* no ambiente (fenômeno significativo para o amadurecimento), de forma que “se a mãe está ausente, o lactente simplesmente falha em se beneficiar de sua habilidade especial de evitar irritações ou incômodos, e certos desenvolvimentos essenciais na estrutura do ego falham em se tornar bem estabelecidos (WINNICOTT, 1963a[1983]), p. 84).

Vê-se que o fenômeno da *desilusão de onipotência* é primordial para o encontro com a realidade sem grandes ameaças ao *self* do bebê. A descrição dos *fenômenos transicionais* marca sobremaneira a constituição do indivíduo na inter-relação com o ambiente.

Segundo Winnicott (1962b [1987], p. 111), nos casos em que a separação é evitada por um ambiente muito intrusivo, as experiências instintuais “que também contém os elementos fragmentários benignos e persecutórios” tendem a ficar prejudicadas pelo impedimento no bebê de *criar* ao seu próprio tempo o registro da mãe e, conseqüentemente de desenvolver os recursos possíveis para lidar com a ausência sem traumas. A memória primitiva dos cuidados da mãe vai ampliando-se com o surgimento da memória como imagem, no vai e vem que compõe a relação do bebê com o ambiente. A evidência desta conquista relaciona-se inclusive com o desenvolvimento de defesas positivas, pois “o período de tempo pelo qual a criança pode manter viva a imago na realidade psíquica interior depende, em parte, dos processos de

amadurecimento e, em parte, do estado da organização de defesa interna” (WINNICOTT, 1962b [1987], p. 111).

As falhas relativas a uma desadaptação abrupta tendem a ocasionar uma atrofia na relação psique-soma, tão importante para a experiência de habitar o corpo como próprio, como vimos anteriormente, visto que o intelecto ocupa massivamente a vivência do bebê. A *mente* deixa de ser mais um recurso para ajudar o bebê a lidar com as falhas ambientais, o que é positivo, para apropriar-se das vivências, justificando o ambiente falho por meio de uma mente hiperativa. Quando isto ocorre, a experiência do psicossoma fica violada e as reações às falhas levam a um padrão mental externamente percebido como valioso, como o sucesso de Schreber evidencia, pois em geral são indivíduos bastante racionais e objetivos na relação com o mundo. No entanto, há perda da capacidade de *elaborar imaginativamente* suas experiências corpóreas e uma verdadeira atrofia na capacidade *ilusória* de relacionar-se com a realidade.

O relacionamento com a realidade indica-nos o grau de maturidade emocional conquistada, pois é o lugar onde as experiências são realmente sentidas como próprias, ou seja, *criadas*. A realidade enquanto instância separada do eu, só tem valor se poderá ser conquistada pela desadaptação ambiental que facilita a chegada da realidade como parte dos processos de *integração*. Sem o inter-relacionamento do mundo subjetivo e objetivo, a aparente saúde, é falsa por ser baseada numa submissão à realidade externa, portanto não tendo valor de real para o indivíduo que segue crescendo, porém de forma dissociada. Nestes casos, para Winnicott, somente no trabalho clínico o sintoma e o valor real da vida têm chances de ser reconhecido, posto que “a doença, com o eu verdadeiro muito bem escondido, por dolorosa que seja, é a única saída, a não ser que, enquanto terapeutas possamos voltar atrás com o paciente e tirar do seu lugar a situação da falha ambiental original” (WINNICOTT, 2000 [1954], p. 385).

Um outro tipo de falha pode ocorrer também da fase de *dependência relativa*, porém quando as conquistas da relação com a realidade já estão mais fortalecidas. Esta *patologia do amadurecimento* é nomeada por Winnicott de *tendência antissocial* ou psicopatia, no quadro da psicanálise clássica. Refere-se a um aspecto traumático relativo à perda da fé ou confiabilidade ambiental que existiu, mas posteriormente fracassou. O fracasso nesta confiança gera um ódio reativo, que quando pode ser sentido e elaborado pela criança não traz possibilidade de trauma efetivo. Será traumático se a criança não puder retaliar ou lidar com o ódio reativo, ou seja, usar seus próprios recursos para

elaborar o que sente, mas isto só pode acontecer quando o ambiente percebe e aceita esse ódio temporariamente. No traumático, “o ódio reativo divide o objeto idealizado e isto pode ser experienciado em termos de delírio de perseguição por parte dos objetos bons” (WINNICOTT, 1994 [1965], p. 114), por isso cobra do ambiente os prejuízos sentidos pelo que viveu e perdeu.

Na fase de *rumo à independência*, espera-se que o ambiente facilitador tenha sido efetivo o suficiente para que o bebê possa de fato alcançar a realidade de forma inteira, tendo recursos internos para defender-se quando necessário e lidar com a instintualidade como algo pertencente ao Eu. As falhas ocorridas nesta fase referem-se à inabilidade ambiental de perceber que mesmo tendo mais recursos e independência em relação às condições ambientais, estas precisam de um período de estabilização ou garantia de retorno nos casos de alguma crise ou desorganização.

Sabemos que se o indivíduo alcançou o estágio do EU SOU muitas conquistas foram oportunizadas e os riscos de *desintegração* ou de instalação de uma patologia é em alguma medida reduzido, pois já é capaz de organizar defesas contra ansiedade ou angústias. Diferentemente do que acontece na fase de *dependência absoluta*, em que as defesas não são erigidas contra ansiedades, nem defesas são formadas porque o risco é de ansiedade de aniquilamento, e as agonias são impensáveis,³⁰ para Winnicott.

De modo geral, as falhas ocorridas neste momento do amadurecimento envolvem muito sofrimento, mas possuem uma natureza diferente das anteriores devido à adaptação ambiental vivida na dependência primitiva, pois não há riscos de não *integração*, que já ocorreram. Winnicott (1994 [1965]) descreve dois aspectos traumáticos vividos neste estágio: um deles refere-se aos conflitos de natureza neurótica, nas relações interpessoais, em que a criança pode ser ferida, sofrer, no entanto, tem mais recursos psíquicos para lidar com esta realidade, sobretudo se o ambiente seguir confiável para ela, de modo que a criança possa alcançar a capacidade para a ambivalência vivida na fase edípica.

³⁰Conforme Loparic, “a psicanálise winnicottiana, na medida em que trata do não-acontecido, não concerne, portanto, nem o recalcado, nem o inconsciente. Trata de agonias do ser e do não-ser, que Winnicott corretamente denomina de "impensáveis". É desse tipo de mal que sofre o psicótico winnicottiano, não de reminiscências. É contra traumas que o fazem agonizar que são erigidas as defesas psicóticas (as psicoses). Se o inconsciente agônico não é comunicável, isso não se deve ao fato de sua verbalização ser censurada, mas ao fato de ela não poder ser feita. Para tanto, deveriam ter acontecido muitas coisas que justamente não aconteceram, entre elas a comunicação primária pré-verbal com a mãe” (LOPARIC, 1999, p. 17).

Outro aspecto é descrito como trauma devido a uma intrusão abrupta e excessiva na experiência da criança, que já é capaz de sentir ódio. Winnicott descreve este trauma como “destruição da pureza da experiência individual por uma demasiada intrusão súbita ou imprevisível de fatos reais, e pela geração de ódio no indivíduo, ódio do objeto bom experienciado não como ódio, mas delirantemente, como sendo odiado” (1994 [1965], p. 115). Este aspecto paranoide³¹ da personalidade que projeta o ódio para fora é uma das possibilidades de compreensão do elemento persecutório na teoria de Winnicott, conforme veremos no próximo capítulo. Uma observação importante refere-se à maturidade já alcançada dada a vivência do estágio do EU SOU aqui descrita, com o estabelecimento da capacidade da ambivalência da criança, isto é, em odiar e amar.

A memória pode ser pensada tendo funcionamento distinto em cada uma destas etapas, desde a memória primitiva das falhas ambientais no período da *dependência absoluta*, descritas como *memória da ausência*, conforme apontamos no início deste tópico. A memória como função cognitiva propriamente dita, capaz de registrar enquanto representação é um incremento do amadurecimento que se inicia na fase de *dependência relativa* e vai ampliando-se para a fase de *rumo à independência*. Pode-se depreender que à medida que o bebê cresce sem falhas significativas em direção a *integração*, a memória funciona de modo imperceptível. A criança que tem garantida sua capacidade de relacionar-se com a realidade no intercâmbio entre a vida subjetiva e objetiva, é habitada por uma memória dos cuidados que são sentidos e não precisam ser percebidos, visto que ocorrem facilitando a *integração*, e a criança tem assim uma experiência já vivida de presença.

Desse modo, a experiência psicossomática da criança é envolvida por esta memória primitiva de seguir sendo sem interrupções traumáticas, pelas repetidas experiências de adaptação e encontro com o ambiente que fornecem ao bebê que cresce um lugar subjetivo de descanso e repouso da realidade, por ser habitado por uma *memória da presença*, que oferece e dá lugar para o indivíduo viver a partir de si mesmo.

³¹Dias esclarece que na teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott “um estado paranoide não tem sempre a mesma raiz nem se estabelece nas mesmas proporções: depende do momento em que se origina, do estado de maturidade ou imaturidade em que o indivíduo se encontra quando é atingido pela decepção (ou seja, da qualidade de defesa de que ele dispõe), tornando-se, então, ultrasensível às ameaças potenciais que vêm da realidade externa” (DIAS, 2006, p. 4).

Diferentemente os casos que em houve impedimento da *integração* e o indivíduo desde muito cedo precisou reagir às falhas, sobretudo na fase de *dependência absoluta*. Com isso, os processos de desenvolvimento ficam distorcidos, e o incremento da memória tanto em sua vivência primitiva e corporal, quanto em seu aspecto de registro imagético e representativo ficam inviabilizados impedindo inclusive seu relacionamento. A memória, como função mental apenas, como vimos na organização defensiva nomeada de falso *self*, tem o aspecto mental destacado, o que usurpa a psique de inter-relacionar com o soma e a psique. A memória neste caso funciona muito mais catalogando tudo que acontece no ambiente, e por isso, como aspecto defensivo e isolado, sem o intercambio entre o mundo subjetivo e objetivo.

O que nomeamos no estudo anterior como *memória da ausência* refere-se à sensação que habita o indivíduo do que não foi vivido como parte de si mesmo, já que no lugar da experiência houve registro da *reação* à falha. Mesmo não sabendo da falha, o caráter defensivo que impede o seguir sendo que leva à *integração* num EU como pessoa separada do ambiente, habita o indivíduo como *memória da ausência*.

Trata-se assim de uma memória não pensada, porém sentida, seja pelo acúmulo de *reações* à intrusão que distorcem e acompanham o indivíduo, seja pela sensação descrita e percebida no trabalho clínico de irrealidade e vazio. O indivíduo nem “sofre” porque desconhece aquilo que não viveu. A natureza do sofrimento é agônica, por isso impensável, visto ser carregada de sensações muito mais que de experiências lembráveis, conforme veremos no capítulo seguinte ao propor nossa leitura sobre o adoecimento de Schreber.

Podemos dizer que, na experiência de ser habitado por uma *memória da ausência*, não há organização de sintomas defensivos para lidar com o outro e a realidade, visto que este nível de experiência psicossomática não foi alcançado. Aqui, o sintoma é uma tentativa assombrosa de comunicar a necessidade de *ser*, o que só poderá ocorrer se, com sorte, o ambiente puder ofertar as condições facilitadoras para que a tendência à *integração* possa ser retomada, e então possamos falar de um indivíduo que de fato, possa vir a sofrer pelo que não aconteceu.

6 DANIEL PAUL SCHREBER, SINTOMA E PARANOIA

Conforme vimos nos capítulos anteriores, importantes foram as contribuições sobre os aspectos da psicose pensadas a partir da clínica de Winnicott e as alterações no manejo desta patologia, compreendida a partir da teoria do desenvolvimento emocional e as *patologias do amadurecimento*. Nosso objetivo, neste capítulo, não será contrapor o estudo de Freud do “caso Schreber” e tampouco o de interpretar as atitudes e sentimentos do paciente, mas de assinalar diferenças e acréscimos. Winnicott alertava sobre a importância de não fazer isso fora do contexto do trabalho clínico, portanto nossa escolha será pensar o *uso* ou não dos sintomas, discutir a noção de saúde e a compreensão da paranoia a partir das contribuições de Winnicott.

A partir do exposto sobre o sintoma nos dois grandes grupos de doenças de natureza neurótica e psicótica, nos deteremos sobre os desdobramentos da doença psicótica, visto que esta se alinha com a hipótese diagnóstica pensada a partir da teoria winnicottiana, sobretudo sobre aspectos não integrados da personalidade. Para isto, apresentaremos nossos achados e análise desde a perspectiva da teoria de Winnicott, respeitando o caminho metodológico percorrido no capítulo sobre o estudo de Freud seguindo os seguintes tópicos: 1. História Clínica; 2. Aspectos observáveis e compreendidos sobre o adoecimento de Daniel P. Schreber e 3. Funcionamento paranoico.

Uma distinção importante refere-se à compreensão do caso clínico e o próprio recurso de escrita das memórias do doente dos nervos. Nossa hipótese é de que a escrita foi o recurso encontrado a partir do potencial crítico e intelectual de Schreber, sobretudo pela configuração de um adoecimento aparentemente neurótico oculto pelo falso *self* patológico, para lidar e sobreviver ao colapso, cuja compreensão será abordada nos tópicos seguintes.

Embora não seja nosso objetivo debater a função da escrita para Schreber é importante destacar seu encargo de prova contestatória sobre o estado mental bem como sua habilidade em reunir e registrar seu sistema delirante e o modo como o mesmo também se via frente ao próprio adoecimento. Compreendemos sua escrita das *Memórias*, escrita do vivido ininterruptamente e delirante como externo, pois fora da capacidade de abarcá-la como própria. Não se trata de um texto fruível, trata-se mais, sob nosso ponto de vista, de um texto de salvação, no qual sentir o que viveu não foi

uma possibilidade. Schreber escreveu *sob a ausência* da mãe, e não *sobre a ausência* da mãe, que não apareceu, nem para dar colorido ao conteúdo de seu sistema delirante. Foi ausente em níveis muito primitivos de forma que sua escrita segue o rastro do registro de uma *mente* hiperativa, impedida de escrever de corpo inteiro. E diferentemente do que propõe Barthes que “o escritor é alguém que *brinca* com o corpo da mãe (remeto a Pleyner, sobre Lautréamont e sobre Matisse): para o glorificar, para o embelezar, ou para o despedaçar, para o levar ao limite daquilo que, do corpo, pode ser reconhecido” (BARTHES, 2015, p. 46, grifo nosso) não foi possível a ele escrever a partir deste corpo vivo e presente da mãe. Como poderia então habitar algum corpo como *seu*?

Chama-nos atenção a quase inaparente fragilidade e solidão vivida por “nosso” paciente, como nos descreve neste comovente relato sobre se olhar no espelho e vestir-se com adereços femininos:

Com isto visou atenuar de um modo substancial os *estados de urros*, tão molestos para mim e para o ambiente, nos momentos em que necessito de paz de espírito — pois não se pode passar o dia todo a tocar piano, ler, escrever ou realizar qualquer outra tarefa intelectual. (SCHREBER, 2021 [1903], p. 345, grifo do autor).

Vejamos com atenção a afirmação da tarefa intelectual como exaustiva e solitária, nos parece que relacionar-se consigo mesmo, ainda que de forma defensiva poderia trazer algum alívio para a impossibilidade de relacionar-se com o outro. Do mesmo modo, demarcamos que seu comportamento delirante e afeminado nunca o impeliu a agir em direção a outra pessoa. Seria correto afirmar que tudo era vivido de forma patológica? Ou seria o caminho possível para algum contato consigo mesmo?

Dentre tantos pontos e aspectos possíveis de serem abordados acerca do adoecimento de Schreber nos perguntamos: seu comportamento afeminado em isolamento seria uma tentativa de construir companhia para si mesmo, sentir-se tocado de forma diferente pelas roupas, acessórios e pelo próprio espelho que nunca existiu? Seria também uma forma de experiência da sexualidade incapaz de ser escutada e suportada pelo saber médico e psicanalítico da época? Será que Daniel Paul Schreber pôde um dia ser efetivamente olhado e escutado a partir de suas próprias verdades? Escolhemos falar de Schreber a partir do primeiro nome, porque nossa hipótese é a de

que ele nunca foi visto como Daniel³², mas apenas como Schreber, filho de... irmão de... Uma impessoalidade adoecida e defensiva que sua carreira tão brilhante e ao mesmo tempo tão vitalmente opaca nos fez ver.

A partir destes questionamentos, sobretudo clínicos tentaremos sistematizar possíveis caminhos teóricos e relacionais que possam legitimar e ir ao encontro do sofrimento de Daniel P. Schreber.

6.1 Aspectos do sintoma e uso da memória

6.1.1 A memória lembrada e a não sabida

Conforme acompanhamos a descrição de Freud acerca do estudo do “Caso Schreber” vê-se que as explicações sobre a emasculação e o sistema delirante deram-se devido ao impulso homossexual reprimido e pela relação com o pai de forma delirante como também com Deus. Sabemos que na segunda tópica Freud ampliará a compreensão acerca dos adoecimentos narcísicos e a teoria das pulsões repensada em diferentes contextos. No entanto, nos detivemos aos aspectos abordados na primeira tópica e correspondentes ao estudo publicado pelo mesmo em 1911.

Também vimos que a partir de Winnicott, a compreensão sobre a psicose sofre ampliações significativas tanto teóricas quanto clínicas, sobretudo pelas modificações no *setting* analítico, agora recolocado como preponderante frente às interpretações de aspectos reprimidos.

Assim, compreendemos que a memória pode ser mobilizada de duas formas: como estudo da memória escrita por meio da autobiografia de Schreber e sua doença dos nervos, como também um recurso organizador das suas aflições *sabidas*, especialmente sua empreitada de defesa dos seus direitos, quanto a *não sabidas* que nosso olhar clínico pretende lançar luz a partir da compreensão de uma *memória da ausência*.

Embora o estudo da paranoia seja o mote principal dos estudos realizados sobre Schreber pós-Freud, nosso objetivo será pensar aspectos mais amplos acerca do percurso de adoecimento e as tentativas de retomada da continuidade de *ser*

³² Embora saibamos que do ponto de vista cultural ele não seria chamado de Daniel, optamos por fazer este recorte a partir da escuta clínica, a qual pressupõe a singularidade de cada indivíduo ressaltada pelo primeiro nome.

compreendidas desde a teoria de Winnicott como movimento de saúde, os quais serão destacados por vinhetas do texto por nos escolhida.

A memória tem importância primordial na vivência psíquica e ao mesmo tempo é considerada de forma distinta por Freud e por Winnicott, conforme demonstramos nos capítulos antecedentes. Neste momento, nos perguntamos sobre as vivências não escritas, porém subjacentes ao quadro de sofrimento intenso que Daniel P. Schreber desenvolveu e consolidou durante grande parte de sua vida. Sua vida aparentemente “normal” seguiu as expectativas sociais e familiares³³, levando-a a altos cargos profissionais, porém pouco sabemos acerca de sua vida afetiva, que mesmo nas *Memórias* aparece de forma muito sutil e pouco explorada. Ou ainda, nos perguntamos se a vida afetiva aparece mais de forma pensada e aparentemente pouco sentida. Poderíamos pensar que Schreber sentiu apenas pelo delírio? Na ausência de alguém que o encontrasse, foi ao seu próprio encontro, ainda que do ponto de vista externo isso fosse sua patologia?

Muitos aspectos podem ser abordados pela rica descrição de suas memórias além da sua teoria sobre o desenho e imaginação. Destacamos a seguir o modo como o próprio Schreber compreende e se relaciona com as memórias que, mesmo nas formações delirantes são registradas e lembradas. Homem culto e curioso faz uma descrição da memória como imagem e registro evidente: “provavelmente nenhum homem além de mim sabe, e a ciência também ignora, que o homem traz consigo, na sua cabeça, de certo modo como *quadros*, todas as recordações que ainda estão na sua memória, graças às impressões que ficam nos nervos” (SCHREBER, 2021 [1903], p. 204).

A despeito de saber de tudo que lembra, é bastante significativo o questionamento que o próprio Schreber faz aos médicos e estudiosos da época sobre o que se passava com ele e no seu corpo. A verdade não estaria no seu próprio discurso? A que se destina sua construção delirante senão à tentativa enlouquecida de criar um mundo para viver? Destacamos o seguinte trecho de suas *Memórias*:

³³ Embora não seja o objetivo deste estudo, é importante destacar as formas de biopoder destinadas ao estabelecimento de normas de ser, conforme o histórico das práticas paternas sobre a saúde da família Schreber evidencia, bem como o ambiente sociocultural vivido na Alemanha. Sobre isso, ver o livro de Santner, 1997] [1955] *A Alemanha de Schreber*.

Agora pergunto: *a ciência tem uma explicação satisfatória para este fenômeno? Por acaso consta nos anais da psiquiatria algum caso em que num homem — que sofra da forma de doença mental que se me pretende atribuir (paranoia), mas ao qual se reconhece ao mesmo tempo uma grande inteligência, uma capacidade de raciocínio inalterada, revelando decência e tato no seu contato social, uma concepção ética correta, etc., e que de modo algum deixa transparecer qualquer tendência à grosseria — tenham sido observados tais estados ou ataques de urros? — que, aliás, o senhor perito designa como resmungos, pigarros e risadinhas, quando em forma atenuada.* (SCHREBER, 1903[2021], p. 336, grifos do autor).

Sabemos que as *Memórias* tiveram uma destinação jurídica, como forma de provar sua capacidade de “retomar minha própria pessoa”, o que foi parcialmente conquistado e com período de estabilidade logo que saiu do sanatório. Nos chama a atenção uma possível relação entre a memória como registro e o *uso* desta como um instrumento organizador da experiência e até mesmo como forma de companhia frente ao isolamento do mundo relacional. O recurso mental da escrita como o que “restou” da frágil *integração* de Schreber.

É-nos impressionante como alguém submetido a períodos de extremo isolamento e solidão como os que passou em cela-forte ainda mantenha em momento posterior a capacidade de lembrar-se desta experiência. No relato abaixo refere-se à primeira vez que isto aconteceu, mas sabemos que em Sonnenstein passou dois anos e meio em cela-forte.

Lá, me abandonaram ao meu destino; passei o resto da noite, na maior parte sem dormir, na cela decorada apenas com um estrado de ferro e roupa de cama, considerando-me totalmente perdido; durante a noite fiz uma tentativa, naturalmente frustrada, de me enforcar com um lençol preso à cabeceira da cama. Dominava-me inteiramente a idéia de que para um homem que não consegue dormir, mesmo com todos os meios da arte médica, nada mais resta a não ser dar um fim à sua própria vida. Eu sabia que isto não era permitido nas clínicas, mas vivia na ilusão de que, uma vez esgotadas todas as tentativas de cura, devia se seguir uma alta — com o simples objetivo de que o interessado fosse dar um fim à sua vida em sua casa ou em qualquer outro lugar. (SCHREBER, 2021 [1903], p. 66).

Aproximamo-nos da leitura proposta por Winnicott sobre a memória catalográfica, em que tudo precisa ser registrado, mas é pouco vivido, com destaque para a seguinte vinheta das *Memórias*:

Assim, pelo menos por um breve tempo, posso, distendendo a energia da minha vontade, orientar as vibrações dos meus nervos, a meu bel-prazer, mantendo a distância todas as vibrações induzidas de fora, e desse modo, como diz a expressão, "domino todos os ruídos" por um certo período, ficando assim em condições de impor aos raios certas formas de pensamento-de-não-pensar-em-nada e conseguindo para os meus nervos uma tranquilidade passageira, enquanto passam os trens, barcos a vapor, etc (SCHREBER, 2021 [1903], p. 208).

A experiência de não-pensar como estado de relaxamento, as experiências não intelectuais e de quase devaneio que pouco tiveram espaço para serem narradas. Note-se que há um acento erótico na experiência da volúpia, mas não é disso que fala Winnicott acerca das experiências instituais que não puderam ser integradas? O ambiente em que viveu Schreber pouco sabe ou deixa saber sobre as experiências sensoriais, tidas como malélicas à formação do homem. Compreendemos que a *volúpia de alma* seria uma proteção a não-pensar e sentir o fruir da vida nele, o que inclui certamente a experiência sensual e sexual. Seria possível na cultura a que viveu Schreber expressar-se de modo livre senão tendo suas sensações *não vividas* lugar senão de modo distorcido, como nos delírios?

Vejamos que bonita e terrível sua descrição:

Naturalmente, não me é possível abandonar-me o dia todo, ou mesmo só a maior parte do dia, a representações voluptuosas, deixando para minha fantasia o caminho livre nesta direção. A natureza humana simplesmente não conseguiria fazê-lo; o homem, de fato, não nasceu apenas para a volúpia e por isso a mera volúpia, como fim único da vida, deveria parecer algo tão monstruoso para mim como para qualquer outra pessoa. Por outro lado, uma contínua atividade de pensamento, um trabalho dos *nervos do entendimento*, não interrompido por qualquer pausa, como os raios pretendem de mim através da coação a pensar, é algo não menos incompatível com a natureza humana (SCHREBER, 2021 [1903], p. 241).

Para Winnicott, tudo aquilo que não vivemos em termos de amadurecimento emocional permanece como espera em nós para que em algum momento possa ser encontrado³⁴. Conforme acompanhamos a descrição das *Memórias* é inevitável não

³⁴ Winnicott (1983 [1963b]) refere-se ao colapso vivido na relação terapêutica, àqueles “clientes que se tornam clinicamente doentes porque encontram em você e em seu cuidado o ambiente que é digno de confiança e que, para eles, praticamente induz a um colapso nervoso” (p. 205). Isto é observado sobretudo nos pacientes que vivem uma integração precária, aparentemente de cunho neurótico, mas que revelam defesas psicóticas durante o tratamento. Nestes casos, ou “na área da loucura, o que ocorre é que seu

pensarmos no impacto da relação de Schreber com o médico Flechsig, ou ainda da oferta de algum ambiente de cuidado (ainda que distorcido) que pode ter sido mobilizada no ambiente hospitalar, bem como os desdobramentos desta relação; tudo isso são questionamentos, os quais podem ou não serem percorridos. Escolhemos destacar, sobretudo a relação de Schreber com o próprio corpo, não pela via patológica, mas pela via da construção de algum recurso inédito da experiência consigo mesmo, os quais serão abordados no próximo tópico.

Defendemos que o corpo é a maior e mais primitiva experiência de memória do indivíduo, que no caso de Schreber, aparece mais pelos efeitos daquilo que não viveu, ou seja, de uma *memória da ausência*, do que uma experiência de memória constituída em *presença e ambiente suficientemente bom*.

Compreendemos, dessa forma, que a memória acompanha o desenvolvimento emocional e é fundamento para a constituição do *sentimento de ser*. Embora o próprio Winnicott não tenha se proposto a estudar memória desta maneira como nossa tese propõe, a memória como conceito foi se delineando em nossas pesquisas como condição primordial para a *integração* do indivíduo psicossomático. Sobre isso, é importante lembrarmos que, muito antes de poder registrar mentalmente o que vive, o bebê vai sentindo pelo conjunto de vivências com o ambiente que incluem o manejo, a linguagem, os sons e o toque, inúmeras sensações que vão compondo memórias corporais. Em outras palavras, o bebê é habitado pela memória da relação com o ambiente, que quando facilitador torna-se *memória dele mesmo*, o que segue ajudando na *integração*.

Quanto maior a *integração*, mais condições de lidar com o mundo como realidade externa terá o bebê. Tendo alcançado tal estatura, outra forma de memória poderá ser mobilizada, tanto a descrita pela Psicologia como função básica de organização de experiências, de aprendizagem, de ordenamento da passagem do tempo, de imagens, lembranças, como a memória como mais um recurso psíquico, tal como Freud descreveu sobre o funcionamento do inconsciente e da memória enquanto representação e imagem.

cliente usa sua provisão especial para se tornar desintegrado e descontrolado ou dependente de um modo que faz parte do período da infância (regressão à dependência). O cliente fica louco” (1983 [1963b], p. 205).

Esta diferença entre a compreensão freudiana e o cotejamento realizado neste estudo sobre a memória a partir da teoria de Winnicott demarca um importante deslocamento na leitura sobre os sintomas e o adoecimento de Schreber, os quais serão abordados a seguir.

6.2 Aspectos observáveis e compreendidos sobre o adoecimento de Daniel P. Schreber

A fim de tratarmos dos diferentes aspectos do adoecimento de Daniel Schreber os quais já foram analisados por Freud e outros autores, nossa escolha será apresentar neste tópico os aspectos que destacamos para delinear nosso estudo, a saber: o modo como a experiência psicossomática, a vivência da sexualidade e a memória se interligam e compõem o interjogo das manifestações observáveis do quadro de Schreber. Nossa tentativa de compreensão dos delírios de Schreber passa ao largo de interpretações acerca do seu conteúdo, visto não se tratar de nossos objetivos. Apesar da extensa descrição dos mesmos converge nesta pesquisa cotejar no correr da obra de Winnicott as diferentes formas de apresentação clínica dos sintomas nos quadros da psicose, sobretudo neste capítulo. A compreensão da paranoia será abordada no tópico seguinte.

Escolhemos uma vinheta descrita por Schreber para acompanhar nossa compreensão e diálogo com a teoria do amadurecimento, visto julgarmos-la ilustrativa para as questões que aqui defendemos, sobretudo ao referir-se ao estado de isolamento no qual pode se “ver” como mulher: “Mas isto só acontece *quando estou só*, e nunca, pelo menos até onde eu posso evitar, na presença de outras pessoas”.

*A única coisa que pode soar como algo irracional aos olhos das outras pessoas, é a circunstância apontada pelo senhor perito de que às vezes eu sou encontrado com o tronco seminudo diante do espelho ou algum outro lugar, enfeitado com adereços um tanto femininos (fitas, colares de bijuteria, etc.). Mas isto só acontece *quando estou só*, e nunca, pelo menos até onde eu posso evitar, na presença de outras pessoas. As poucas compras necessárias (também de material de costura e outras coisas do gênero) foram feitas, na maior parte das vezes, pelos empregados do sanatório, e custaram apenas uns poucos marcos, e, portanto, não devem ser levadas em consideração do ponto de vista puramente financeiro. *Tenho boas e sólidas razões* para o comportamento acima descrito, por mais tolo ou desprezível que ele possa parecer para as pessoas. Com isto visio atenuar de um modo*

substancial *os estados de urros*, tão molestos para mim e para o ambiente, nos momentos em que necessito de paz de espírito — pois não se pode passar o dia todo a tocar piano, ler, escrever ou realizar qualquer outra tarefa intelectual. (SCHREBER, 2021 [1903], p. 345, grifos do autor).

O primeiro aspecto que gostaríamos de destacar refere-se à compreensão de saúde pensada por Winnicott, como o oposto da paralisação ou impedimento de *ser*. Numa leitura apressada poderíamos supor que o colapso seria o momento em que Schreber, retirado da vida social e vivendo intensas crises de cunho somático inicialmente e avançando para um franco quadro delirante, é que teve sua continuidade de *ser* interrompida. No entanto, aprendemos com a teoria do amadurecimento que a continuidade de *ser* depende de um amparo ambiental, que de forma sutil e consistente, vai criando condições para que o indivíduo siga sendo a partir dele mesmo. Desse modo, é importante destacar sobre a emergência do colapso:

Na forma patológica deste, o indivíduo eventualmente destrói o eu falso e tenta reafirmar um eu verdadeiro, embora isso possa ser incompatível com viver no mundo, ou com a vida. Um colapso nervoso é muitas vezes um sinal "sadio", no sentido de que implica a capacidade do indivíduo de usar o ambiente que se tornou disponível para restabelecer uma existência em uma base que é sentida como real. Naturalmente, tal dispositivo nem sempre tem êxito, e é muito incompreensível para a sociedade ver um eu submisso e talvez valioso destruir boas perspectivas pela renúncia a cada vantagem óbvia, simplesmente pela vantagem oculta de obter um sentimento de realidade. (WINNICOTT, 1983 [1963b], p. 203).

Como foi mencionado em pequenos apontamentos nos capítulos anteriores, muito da vivência de *integração* psicossomática pode ser relacionado ao adoecimento de Schreber, que na verdade, sempre tentou proteger o verdadeiro *self*, se compreendemos que viveu uma vida “falsa” baseada na submissão ao ambiente intrusivo e abusivo. Falsa não como valoração, mas como defesa contra este ambiente ameaçador para o *self*. A experiência do corpo por Schreber é marcada por rupturas, aspectos soltos e não *integrados* como pessoais, daí a importância da parceria psicossomática vivida no amadurecimento precoce. É por meio desta, que psique e soma vão sendo envolvidos e formam um mútuo inter-relacionamento, o que Schreber parece nunca ter experienciado. Mesmo na vida adulta, as experiências relativas ao corpo,

como a instintualidade e sexualidade são sentidas como externas a ele, atuando por meio do delírio. Podemos dizer a partir de Winnicott que Schreber ficou impedido de habitar e sentir o corpo como vivo e *seu*, contendo um limite entre interior e exterior e, sobretudo “formando o cerne eu imaginário” (WINNICOTT, 2000 [1949a], p. 334).

É desse modo que para Winnicott, *as patologias do amadurecimento* - que na nosografia psicanalítica - foram nomeadas como neurose, psicose e perversão, tem na perspectiva de saúde criada por este autor outra conotação. A verdadeira doença é não poder viver a partir da raiz da criatividade, iniciada pela vivência da *ilusão de onipotência* nas experiências primitivas e que segue cercada de inícios e conquistas da *integração*. Desse modo, a esquizofrenia e todos os quadros delineados como de psicose são compreendidos como *distorções do amadurecimento* e não propriamente como doença. Do mesmo modo, o fenômeno da paranoia será pensado como um dos aspectos que podem estar presentes no amadurecimento, com sentidos diferentes e não como funcionamento patológico universal.

As *distorções* do amadurecimento como saídas para seguir vivendo nos faz perguntar acerca do seu quadro, se os delírios de Schreber não seriam uma tentativa repetitiva de *controle da onipotência*? Nossa tese é a de que a *ilusão de onipotência* que não pôde ser vivida deixa efeitos significativos na vida, como já vimos ao falarmos dos recursos defensivos de um falso *self* protetor. Segundo Winnicott, o quadro geral das psicoses pode ser dividido entre a disposição maníaco-depressiva e as desordens esquizoides, com grau mais grave o da esquizofrenia. Neste quadro geral das psicoses, “acompanha todos esses distúrbios um grau razoável de delírios de perseguição, seja em alternância com a hipocondria, seja manifestado como uma hipersensibilidade de caráter paranoide” (WINNICOTT, 2011 [1959b], p. 107), os quais terão manifestações e intensidade distintas para cada caso.

As conquistas seguintes do amadurecimento ficam impedidas de realizarem-se porque o indivíduo não pôde viver a experiência da *ilusão* e por consequência constituir uma memória do que é viver a partir de si mesmo. A defesa é o lançamento de um controle onipotente por meio do delírio. A *relação de objeto* não alcançada faz com que tudo que o indivíduo viva seja também de forma distorcida, já que não há Eu capaz de relacionar-se de modo inteiro. O funcionamento esquizoide³⁵ defensivo permanece

³⁵ Melanie Klein (1982 [1952]) criou as posições psíquicas nomeadas de posição depressiva e posição esquizoparanóide como uma das posições que o bebê ocupa na relação com a mãe. Uma das defesas

quando o bebê não pode passar da ambiguidade para a ambivalência³⁶, pois não houve ambiente criando condições para que o que venha do bebê possa ter lugar na relação com o mundo. Assim, segundo Winnicott (1971):

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*. O paciente se retrai, fica fora de contato, estupidificado, isolado, irreal, surdo, inacessível, invulnerável e assim por diante. (WINNICOTT, 1971, p. 14, grifos nossos).

Os aspectos esquizoides aqui destacados seguem nossa linha argumentativa de apresentar aspectos do amadurecimento e do adoecimento pensados a partir da teoria winnicottiana, e não com pretensões diagnósticas. O próprio Winnicott alertava sobre a importância do diagnóstico para o tratamento, porém o mesmo não era delineado fora da relação terapêutica. Desse modo, diferenciamos aqui a esquizoidia como defesa, da esquizoidia como diagnóstico.

O quadro de Schreber nos faz pensar no funcionamento esquizoide com aspectos psicóticos relevantes na forma como seguiu seu amadurecimento de forma distorcida. É evidente sua forte construção neurótica, haja vista o percurso pessoal e profissional alcançado e legitimado socialmente. No entanto, seu colapso demonstra a existência de um aspecto esquizoide oculto em sua personalidade, devido aos outros aspectos “normais”. Assim, “elementos esquizoides sérios se tornam socializados desde que possam ser ocultos em um padrão de distúrbio esquizoide que seja aceito pela cultura a que pertença a pessoa” (WINNICOTT, 1983 [1961c], p. 58), o que fica evidente como padrão típico de uma cultura exigente e repressora como a que Schreber viveu.

Padrão rompido pelo crescente agravamento dos episódios de crise e ocorridos em momentos importantes da vida, como na época do casamento e na posse do cargo. Dessa forma pensamos a partir de Winnicott, que nos indivíduos esquizoides, há uma

psicóticas desta posição é a onipotência, que segundo ela é uma das coisas mais difíceis de serem tratadas e superadas pelo paciente que chega à clínica. No entanto, para Winnicott, a onipotência precisa ser vivida pelo bebê de forma saudável como ilusão, em todo o processo primitivo da ilusão de onipotência, para então poder dar lugar à vivência da desilusão. Dessa forma, a ilusão não é entendida como defensiva, mas sim como saudável para que o bebê possa *usar* aquilo que criou por meio da ilusão sustentada pelo ambiente.

³⁶ Winnicott explica este processo ao afirmar que “o êxito da função de desilusão da mãe e da família deve ser medido em termos da capacidade que a criança tenha de ambivalência, mas a base para a ambivalência é esta experiência de onipotência relativa a um objeto” (WINNICOTT, 1994 [1965], p. 113).

“distinção imprecisa da fronteira que separa a realidade interior da exterior, as concepções subjetivas das percepções objetivas”, além de sentimentos de irrealidade (2011 [1959b], p. 107). Outra crise adveio no período de sua internação em que a esposa se ausentou, o que gerou posteriormente repulsa frente à presença dela demonstrando outro elemento importante presente no funcionamento esquizoide, o de fundir-se com as outras pessoas. Conforme Winnicott, esta fusão acontece também com coisas, causando desorganização no indivíduo e maior tribulação ao sentirem-se separados como indivíduos. Do mesmo modo, há uma precária *integração* psicossomática, acionamento precoce da mente³⁷ como apartada da experiência e conseqüentemente na capacidade de relacionar-se com o mundo:

Além disso, percebemos uma certa fraqueza de integração entre ego e corpo. O trabalho de parceria entre psique e soma é falho, e os limites da psique por vezes não correspondem exatamente aos do corpo. Por outro lado, *os processos intelectuais tendem a correr à solta*. Os esquizofrênicos não têm facilidade de entabular relacionamentos nem de mantê-los, quando os objetos desses relacionamentos são externos, isto é, reais no sentido usual do termo. Estabelecem relacionamentos segundo seus próprios termos, e não segundo os termos que orientam os impulsos dos demais indivíduos (WINNICOTT, 2011 [1959b], p. 107, grifo nosso).

Pensar as *patologias do amadurecimento* em relação às falhas ambientais nos leva a verificar como a não *integração* gera recursos defensivos significativos na vida dos indivíduos. A clínica de orientação winnicottiana se propõe a diagnosticar a idade maturacional do paciente especialmente pela relação transferencial. Na fase madura da teoria, Winnicott rediscutirá o que entende por transferência, sobretudo na clínica de pacientes psicóticos ou fronteiriços, como a que estamos abordando ao estudar as *Memórias* de Schreber. Desse modo, os aspectos psicóticos ocultos vividos desde a vida primitiva também são os mesmos na vida adulta, de forma que “*enquanto na neurose de transferência o passado vem ao consultório, neste tipo de trabalho é mais correto dizermos que o presente retoma ao passado, e é o passado*” (WINNICOTT, 1956b [2000], p. 396, grifos do autor).

³⁷ Conforme vimos anteriormente, a psique e o soma vão sendo integrados por meio da elaboração imaginativa das funções corpóreas, no processo de integração. Quando a mente surge de forma precoce como reação as falhas ambientais, estamos tratando de um quadro defensivo grave. Segundo Winnicott (2000 [1949a]), “no crescimento excessivo da função mental *em reação* a uma maternagem errática, percebemos que surge uma *oposição* entre a mente e o psicossoma”, impossibilitando assim a experiência psicossomática (p. 336, grifo nosso).

Embora os dados biográficos da infância de Daniel P. Schreber sejam escassos, seu percurso pela vida, suas escolhas profissionais e o aparecimento de um adoecimento mais evidente nos fazem pensar, a partir da teoria do amadurecimento, aspectos importantes que puderam ou não ser *integrados*, os quais ocorrem anteriormente à vivência edípica. Conforme vimos em capítulo anterior, a capacidade da relação objetal é uma conquista do amadurecimento, subsequente à experiência de *ilusão de onipotência*, cuja impossibilidade de realizar-se impede as conquistas de contato com a realidade de forma criativa e espontânea. Nas palavras de Winnicott (1994 [1968b]),

[...] pode-se dizer que primeiramente temos o relacionamento com objetos, e depois, ao final, temos *o uso de objetos*. Entre eles, contudo, situa-se a coisa mais difícil, talvez, do desenvolvimento humano, ou o mais enfadonho de todos os fracassos iniciais que nos chegam para consertar. Essa coisa que se situa entre o relacionar-se e o uso é a colocação, pelo sujeito, *do objeto fora da sua área de controle onipotente*, isto é, a percepção que o sujeito tem do objeto como fenômeno externo, não como entidade projetiva, e, na realidade, o reconhecimento dele como uma entidade por seu próprio direito'. A mudança (do relacionar-se para o uso) significa que o sujeito *destrói* o objeto (WINNICOTT, 1994 [1968b], p. 174, grifos nossos).

Temos assim uma passagem complexa para o amadurecimento e que terá consequências importantes, visto que sem a destruição do objeto na fantasia, esta também fica inviabilizada, conforme acompanhamos na descrição de Schreber. Ele ficou impedido de fantasiar inclusive as vivências instintivas ou pulsionais, tendo que mantê-las sob *controle onipotente*, sem poder de fato viver qualquer relação objetal. Não por acaso, retomamos sua frase: “Mas isto só acontece *quando estou só*, e nunca, pelo menos até onde eu posso evitar, na presença de outras pessoas” (SCHREBER, 2021 [1903], p. 345).

Dito isto, podemos localizar o acionamento de recursos defensivos enquanto perda da vitalidade vivida na infância, ou mesmo anteriormente às crises, o que é descrito pelo próprio Schreber ao afirmar que seu talento “se orientava mais para a crítica intelectual fria do que para a atividade criadora de uma imaginação solta” (SCHREBER, 2021 [1903], p. 82). Como sabemos, o ambiente vivido por Schreber foi abusivo na medida em que se impunha de forma ferrenha e duramente controlada pelos ditames paternos, em que “Schreber parece ter sido levado a completa submissão e

rendição passiva por um pai cujo sadismo mal se disfarçava por uma capa de idéias médicas, reformadoras, religiosas e filantrópicas” (LOTHANE, 1992, p. 84) .

Nas *Memórias*, Schreber menciona sua habilidade em suportar calor e frio desde a tenra idade, o que corrobora os achados de Lothane (1992) sobre as práticas prescritas pelo pai em seu livro sobre puericultura:

[...] por volta dos três meses de idade, a pele deve começar a ser higienizada pelo uso *exclusivo* de banhos frios para obter um enrijecimento físico da criança desde os seus primeiros dias". Embora seja aconselhável administrar banhos quentes até à idade de seis meses, "pode-se passar ao banho completo mor no e frio, que deve ser dado pelo menos uma vez por dia, preparando-se antes o copo com aplicações locais de água fria". (G. SCHREBER, apud LOTHANE 1992, p. 84, grifos no original).

Pouco se sabe a respeito da mãe de Schreber, embora se tratasse de mulher aparentemente deprimida que pouco aparecia como figura significativa na relação com o filho, bem como na relação entre pai e filho. Chama-nos atenção a ausência de experiências em que a mesma aparece mesmo nas *Memórias*, sobrepujada pela presença invasiva do pai na educação e relacionamento com as crianças e retratada, sob nosso ponto de vista, de maneira romantizada³⁸ pela filha no registro abaixo:

No curso de minha procura por material autêntico a respeito da família Schreber, encontrei uma carta escrita pela irmã mais velha do paciente, Anna, em 1909, dois anos antes da morte de Schreber. Contém os seguintes registros acerca dos seus pais: "Nosso pai discutia com mamãe toda e qualquer coisa; ela participava de todas as suas idéias, planos e projetos; ela lia as provas tipográficas de seus escritos com ele e era sua companheira fiel e íntima em tudo". (LOTHANE, 1992, p. 110).

Um ambiente abusivo provoca efeitos devastadores na experiência psicossomática e na relação com a realidade que fica comprometida, visto que a *integração* da motilidade, instintualidade e agressividade ficam impedidas de acontecer no tempo do amadurecimento. Winnicott chama atenção em relação à criatividade, ao demonstrar como esta é *amortecida* por estes ambientes, o que pode ser observado na

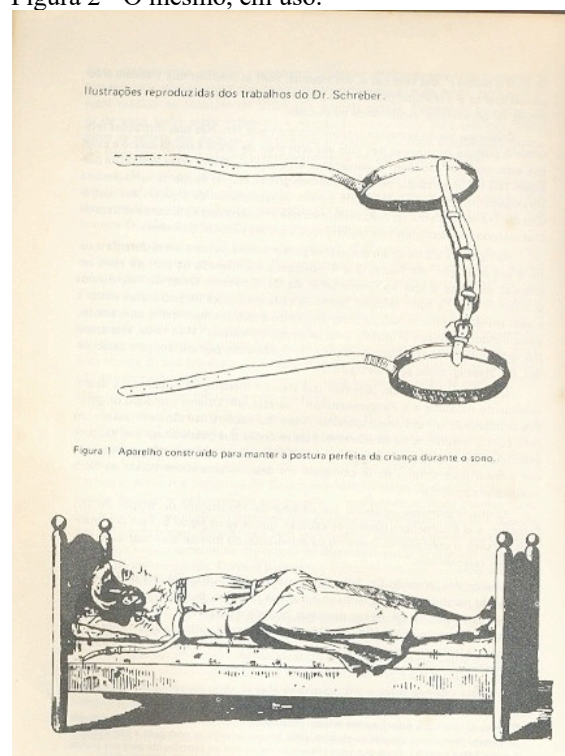
³⁸ Concordamos com Lothane (1992) ao afirmar que seria compreensível que a filha retratasse os pais dessa forma, visto que os dois morreram muito tempo antes, o pai em 1907 e a mãe em 1861, mas acrescentamos também que seria esperado (pela própria educação coercitiva vivida pelos filhos) uma inibição de sentimentos espontâneos e ambivalentes em relação aos pais.

própria descrição de Schreber sobre sua alma pouco criativa. Sobre o tema da agressividade afirma Winnicott:

Mas se tomamos conhecimento de indivíduos dominados no lar, prisioneiros, ou mortos em campos de concentração, ou vítimas da perseguição de um regime político cruel, supomos, antes de mais nada, que somente algumas dessas vítimas permaneceram criativas. Estas, naturalmente, são aquelas que sofrem (ver Winnicott, 1968b). Parece, a princípio, que todos os outros que existem (não vivem) nessas comunidades patológicas abandonaram a esperança, deixaram de sofrer e perderam a característica que os torna humanos, de modo a não mais perceberem o mundo de maneira criativa: Estas circunstâncias representam o lado negativo da civilização. Referimo-nos à destruição da criatividade em indivíduos pela ação de fatores ambientais, numa data tardia no crescimento pessoal (cf. Bettelheim, 1960) (WINNICOTT, 1971, p. 99).

As imagens³⁹ reproduzidas abaixo nos apresentam uma ideia mais clara de tamanha retidão do corpo e impedimento de sua vitalidade dos aparelhos pedagógicos criados pelo pai de Schreber.

Figura 1 - Aparelho construído para manter a postura perfeita da criança durante o sono.
Figura 2 - O mesmo, em uso.



³⁹ As imagens foram retiradas do livro de Dr. Schreber – publicados por Niederland (1981).

Figura 3 - *Geradehalter* - aparelho para garantir uma postura sentada rigorosamente ereta.

Figura 4 - O mesmo, aplicação prática.

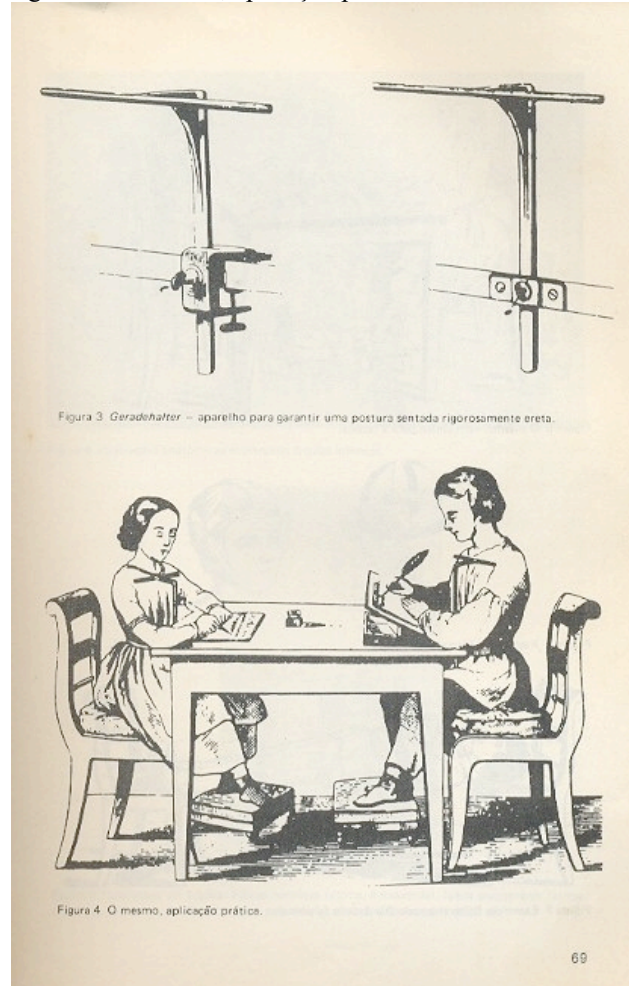
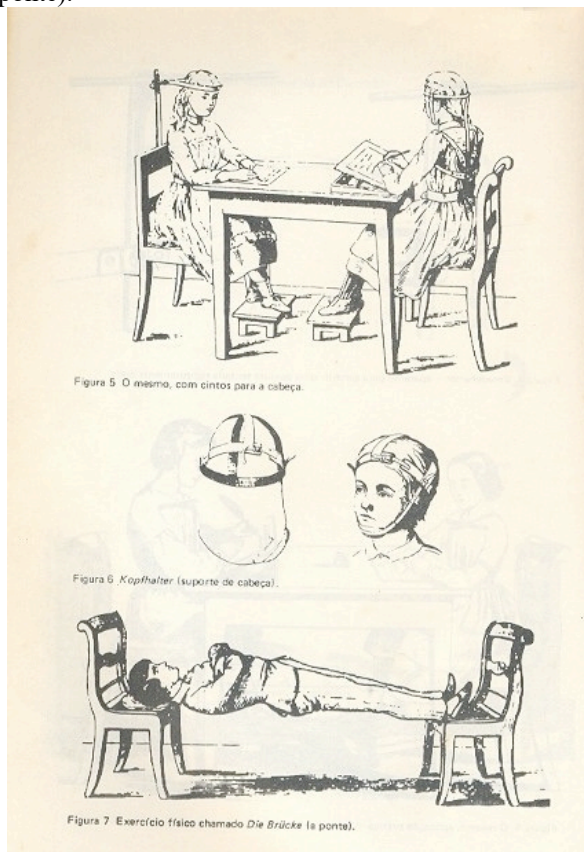


Figura 5 - *Geradehalter* - aparelho para garantir uma postura sentada rigorosamente ereta, com cintos para a cabeça.

Figura 6 - *Kopfhalter* (suporte de cabeça).

Figura 7 - Exercício físico chamado *Die Brücke* (a ponte).



Curiosamente, a compreensão do próprio Schreber (ainda que no período delirante) a respeito do corpo e alma humana encontra-se intrinsecamente relacionados, de modo que nada que exista no corpo também não faça parte da natureza da alma. Vejamos a descrição feita por ele acerca disso:

A alma humana está contida nos nervos do corpo; sobre sua natureza física eu, como leigo, só posso afirmar que são formações de uma delicadeza extraordinária, comparável aos fios de linha mais finos, e que *toda a vida espiritual do homem se baseia na sua excitabilidade através de impressões externas*. Por meio destas os nervos são levados a vibrações que, de um modo inexplicável, produzem o sentimento de prazer e desprazer; possuem a capacidade de reter recordações das impressões recebidas (a memória humana). Ao mesmo tempo, através da tensão de sua energia volitiva, os nervos são capazes de levar os músculos do corpo, por eles habitados, a manifestar qualquer expressão de atividade. Desenvolvem-se, desde seus mais tenros

inícios (como embrião humano, como alma infantil), até chegar a um sistema complexo, que abrange os domínios mais amplos do saber humano (a alma do homem maduro). (SCHREBER, 2021 [1903], p. 41, grifo nosso).

A relação que se estabelece é tal que *cada nervo do intelecto por si representa o conjunto da individualidade espiritual do homem*; em cada nervo do intelecto está por assim dizer inscrita a totalidade das recordações e o número maior ou menor dos nervos do intelecto existentes só exerce influência sobre o tempo em que estas recordações podem ser fixadas. Enquanto o homem vive ele é, ao mesmo tempo, corpo e alma; os nervos (a alma do homem) são alimentados e mantidos em movimentos vitais pelo corpo, cuja função coincide, no essencial, com a dos animais superiores. Se o corpo perder sua força vital os nervos entram em um estado, de privação de consciência que denominamos *morte* e que já está prefigurado no sonho. (SCHREBER, 2021 [1903], p. 41, grifos do autor).

Dada sua compreensão acerca da alma humana, pensada em contraponto a Deus, nos perguntamos sobre suas crises hipocondríacas, que de um estado moderado a grave se impuseram em sua vida adulta. A experiência psicossomática de habitar o próprio corpo e com ele poder vir a sentir e lidar com a instintualidade como pressupôs a teoria das neuroses freudiana como dada, precisa ser repensada com os aportes teóricos produzidos pela clínica de sofrimentos distintos da neurose. Para Winnicott, a instintualidade precisa também ser integrada como parte do Eu, do contrário é sentida como ameaça⁴⁰ ou como experiência de prazer ou desprazer incessante. Dessa forma, ainda que haja alguma satisfação, a mesma não pode ser experienciada a partir do Eu e aparece carregada de ansiedade, visto não haver uma *pessoa inteira* em condições de senti-la como experiência própria.

Laurentiis (2016), explica que o corpo winnicottiano por não ser compreendido como fonte de pulsões apenas, e muito menos um composto orgânico reflexo e pronto a reagir a estímulos e descarregar tensões, carrega a possibilidade exclusiva à natureza humana de tornar pessoal o corpo vivo. Desse modo,

para além da satisfação, na esteira das tensões instintuais, está em jogo para o bebê, ao lado da possibilidade de contato com o outro e com o mundo, a importante *tarefa inicial de integrar as excitações, que lhe são inicialmente externas*. Para travar contato e apropriar-se das

⁴⁰ Como veremos no tópico seguinte quando tratarmos das manifestações da paranoia.

tensões instintuais, ele depende do ambiente. (LAURENTIIS, 2016, p. 81, grifo nosso).

Vejamos como o próprio Schreber narra as experiências prazerosas advinhas de um desconforto racional, ainda que de forma delirante ao associá-la aos raios. O prazer é sentido como ameaça ou não integrado, pela sensação das dores na cabeça e nos dentes.

Por outro lado, diariamente me acontecem períodos, que retornam com frequência, nos quais eu, por assim dizer, nado em volúpia, isto é, períodos em que todo o meu corpo é atravessado por um bem-estar indescritível, correspondente à sensação da volúpia feminina. Nesses momentos nem sempre é necessário que eu deixe a minha fantasia se desenvolver na direção sexual; também em outras oportunidades, por exemplo quando leio uma passagem particularmente tocante de uma obra poética, quando toco ao piano um trecho musical que me proporciona uma satisfação estética particular, ou quando, nos passeios pelos arredores, me encontro sob a impressão de um particular gozo da natureza, o bem-estar, baseado na volúpia de alma, não raro produz -momentos em que eu, como bem posso dizer, sinto uma espécie de gosto antecipado da beatitude. Certamente se trata em geral apenas de sensações de curta duração, uma vez que bem no momento da sensação máxima de volúpia me são provocadas por milagre dores de cabeça ou dores de dente, justamente para não deixar que ocorra o sentimento de volúpia, que acaba por ter um efeito irresistível sobre os raios. Como é que o homem, na sua *totalidade*, se encontra em situações dessa natureza — eis uma pergunta difícil de responder; às vezes gozo o máximo de volúpia desde baixo até o pescoço, enquanto que ao mesmo tempo a minha cabeça se encontra em um estado talvez bastante ruim. (SCHREBER, 2021 [1903], p. 277, grifos do autor).

O corpo vivido, bem como sentido pelo bebê na relação com o ambiente vai sendo *elaborado imaginativamente*, de modo que aquilo que vem dele, como o impulso de fome, por exemplo, será reconhecido como próprio. Assim, a instintualidade é reposicionada pela teoria do amadurecimento. Conforme assegura Winnicott, é muito distinta a vivência do bebê de ser levado a alimentar-se ou realizar qualquer outra atividade corporal que componha este momento, daquela em que o que ele vive é sentido como algo que venha *dele* também. Assim, “ele [o bebê] não sente essas coisas como uma experiência, a menos que esta última se forme sobre uma proporção de simplesmente ser, que seja suficiente para constituir o eu que será, finalmente, uma pessoa” (WINNICOTT, 2002 [1987], p. 9).

Uma sofisticação deste aspecto refere-se à vivência pulsional ou instintual que adiciona a sexualidade como elemento próprio da criança. Schreber nos mostra que viveu em um ambiente completamente contrário, como então poderia ter a instintualidade lugar nele mesmo de forma crescente e vívida? Embora a sensação de *volúpia de alma* trouxesse intenso prazer estético e sexual, esta não pôde ser vivida de forma *integrada*, mas sim de forma delirante e não como experiência no sentido característico do amadurecer humano. Vemos, assim, que o prazer é secundário da experiência de habitar o próprio corpo de forma estável e duradoura. Winnicott defende isso, sobretudo ao tratar do lugar da *integração* como primordial em relação às experiências de satisfação. Schreber também “sabe” disso:

A minha arte de viver, dada a situação louca a que acabei por chegar — não me refiro aqui à situação do meu ambiente exterior, mas ao que há de absurdo e contrário à Ordem do Mundo nas relações que nasceram entre mim e Deus —, consiste, portanto, em encontrar um caminho intermediário adequado, que as duas partes, Deus e o homem, possam percorrer da maneira mais razoável possível, isto é, que a penetração dos raios divinos ocorra o máximo possível com a participação da volúpia de alma existente no meu corpo, *tornando-a, desse modo, aceitável para eles*, e que eu, por outro lado, pelo menos em certa medida, além do repouso dos meus nervos do entendimento, necessário de tempos em tempos, principalmente à noite, conserve também a capacidade de me ocupar adequadamente das necessidades do espírito. (SCHREBER, 2021 [1903], p. 241, grifos do autor).

Conforme Winnicott, a sexualidade infantil vivida, sobretudo, na latência tem grande importância, visto que o apaziguamento vivido neste momento já é uma amostra do que foi experienciado pela criança sobre a sexualidade. É neste momento que a criança tem uma vida social mais ativa e um pouco mais independente da presença dos pais, assim como a capacidade de sublimar e fantasiar aquilo que não pode ter, o que podemos deduzir, não pôde ser vivido por Schreber. Nas palavras de Winnicott (1990p, 76), “se a sexualidade de uma criança é imatura, perturbada ou inibida ao final deste primeiro período de relacionamentos interpessoais, assim ela ressurgirá imatura, perturbada ou inibida na puberdade”. A sexualidade fica então impedida de ser fantasiada e distinguida da realidade, que só acontece mediante o auxílio dos pais. Assim:

A criança saudável não consegue tolerar inteiramente os conflitos e ansiedades que atingem seu ponto máximo no auge da experiência instintiva. A solução para os problemas da ambivalência inerente surge através *da elaboração imaginativa de todas as funções*; sem a fantasia, as expressões de apetite, sexualidade e ódio em sua forma bruta seriam a regra. A *fantasia* prova, desse modo, ser a característica do humano, a matéria-prima da socialização, e da própria civilização. (WINNICOTT, 1990, p. 78, grifo nosso).

Conforme acompanhamos as *Memórias*, fica implícito o quanto a capacidade de imaginar e criar foi impedida em Schreber. Do mesmo modo podemos pensar a vivência da sexualidade, controlada explicitamente pelos aparelhos do pai que eram usados até ao dormir. Nas palavras de Schreber:

Qualquer pessoa que na minha vida pregressa tenha estado próxima de mim, pode dar testemunho de que eu era de uma natureza tranquila, quase sóbria, sem paixão, com pensamento claro e cujo talento individual se orientava mais para a crítica intelectual fria do que para a atividade criadora de uma imaginação solta. (SCHREBER, 2021 [1903], p. 82).

Ainda que do ponto de vista do amadurecimento muitas conquistas precisem realizar-se até a vivência da sexualidade de modo condizente com a idade maturacional, nos perguntamos levados pelas provocações de Cunha (2021) se a experiência de Schreber não poderia ser pensada também como uma transidentidade⁴¹. A *volúpia de alma* reiteradamente relacionada por Schreber às experiências estéticas e sensoriais as quais eram sentidas, em seu entendimento e cultura, sobretudo pela mulher e limitada no homem, nos fazem pensar se este não seria o caminho de saúde encontrado por ele para “criar” sua experiência psicossomática. Este argumento nos faz crer que a forma como a experiência com o corpo e o que pode ser despertado nele quando as experiências instintuais comportam a sexualidade genital foram impedidas de ter lugar na experiência de Schreber. Tudo aquilo que não pode ser vivido no amadurecimento tende a acontecer de forma *distorcida* e não patológica, como assegura Winnicott. A fim de acompanhar nossa argumentação, a própria descrição no glossário das *Memórias* explica que para Schreber, “o caráter feminino da volúpia se explica pelo fato de ser um

⁴¹ Termo proposto pelo psicanalista Eduardo Leal Cunha no livro “O que aprender com as transidentidades” para referir-se como transgênero, transexualidade e transexualismo, publicado em 2021.

prazer que se estende ao corpo todo, como na mulher, não se limitando às partes sexuais, como no homem” (CARONE, apud SCHREBER, 2021 [1903], p. 409).

A sofisticação do delírio de Schreber abre muitos caminhos para pensar e problematizar, mas neste estudo nos interessa dar lugar, sobretudo ao movimento de saúde “buscado” por ele, mesmo sem o sabê-lo. Ou dito de outro modo, a experiência de emasculação poderia ser enunciada como verdade para ele? Estaria a psicanálise em condições de escutar as diferentes e diversas experiências de sexualidade a par de uma teoria normativa e binária? Segundo Cunha (2021):

O homossexual não pode ocupar o lugar de sujeito da enunciação da verdade sobre si mesmo e permanece assim preso ao lugar de objeto, preso a uma homossexualidade que, no fundo lhe é estrangeira, construída a partir do discurso da norma e dos bons costumes, os quais ele não pode, por mais que se esforce, acessar verdadeiramente (CUNHA, 2021, p. 67).

Voltando a vinheta que destacamos no início deste tópico, não é desta experiência de isolamento e solidão que Schreber experimenta a si mesmo (de forma *distorcida* pelo controle onipotente) ao olhar-se no espelho, vestido como uma mulher? Experiência entendida pelo saber da época como estranha a ele, patológica e perigosa⁴², novamente sem riscos para ninguém, senão a ele mesmo: “Mas isto só acontece *quando estou só*, e nunca, pelo menos até onde eu posso evitar, na presença de outras pessoas” (SCHREBER, 2021 [1903], p. 345).

Poderia ele produzir a verdade sobre a experiência do próprio corpo? Ou como o mesmo afirma, precisa de alguém que legitime o que se passa com ele e sua pessoa? Estes questionamentos são relevantes, ainda que não tenhamos estofos para discuti-los neste estudo é importante levantarmos estas questões, sobretudo porque ainda não se

⁴² Sobre a relação com a cultura e os sentidos impermanentes dos delírios, Deleuze (1973 [2006]) defende que “o que se delira são as classes, os povos, as raças, as massas, as matilhas. Ora, produz-se uma espécie de esmagamento graças à psicanálise, que dispõe de um código pré-existente. Este código é constituído por Édipo, pela castração, pelo romance familiar; o conteúdo mais secreto do delírio, ou seja, essa deriva do campo histórico e social, será esmagado de tal sorte que nenhum enunciado delirante, correspondente ao povoamento do inconsciente, poderá passar através da máquina analítica. Cito apenas dois exemplos: o exemplo célebre do presidente Schreber, cujo delírio diz respeito inteiramente às raças, à história, às guerras. Freud não leva isso em conta e reduz exclusivamente seu delírio às relações com seu pai” (DELEUZE, 2006 [1973], p. 3).

produziram estudos sobre a experiência transidentitária pensada desde as formulações de Winnicott.

E por fim e não mesmo importante é o entrelace aqui proposto pela questão da memória, não a narrada “pelo doente dos nervos”, mas a que não é narrada com *sentido próprio*, mas a nosso ver é sentida como *externa* a ele. Nosso argumento, de cunho mais clínico que teórico, nos faz pensar se a trajetória escrita e vivida por Schreber nos permitiria pensar em uma memória do que ele *não* viveu, expressa na forma “patológica” ou numa semântica winnicottiana, *distorcida* de um delírio. A impossibilidade da vivência da *ilusão de onipotência* acarreta uma *distorção* na relação com o mundo, em que o indivíduo fica impedido de poder relacionar-se e usar o objeto que cria. Em outras palavras, a *ilusão* ganha contornos defensivos, a experiência não fica assegurada ao indivíduo, não pode ser registrada como experiência pessoal. Sem a *ilusão de onipotência* não há memória do vivido a partir de si mesmo, ou uma *memória da presença* conforme já descrevemos na dissertação de mestrado, há uma experiência de passagem pelo mundo, sem poder de forma criativa viver no mundo por meio da criatividade.

A contribuição de Winnicott sobre a saúde é fundamental para seguirmos com o argumento de que mesmo sob o *controle onipotente* expresso no delírio, ainda há uma tentativa de “criar” um modo próprio de sentir-se parte do próprio corpo e da vida, mesmo que de maneira invulnerável, à parte dela como experiência compartilhada, mas sem antes também ser uma tentativa de comunicação do *self* verdadeiro. Para nós, a vinheta abaixo é ilustrativa acerca da relação com o outro e da necessidade da prova externa do que lhe acontece:

Nos momentos de aproximação, meu peito dá a impressão de ter seios bastante desenvolvidos; este fenômeno pode *ser visto com os próprios olhos* por qualquer um que queira me observar. Estou, portanto, em condições de fornecer, por assim dizer, uma prova passível de inspeção ocular. Certamente não bastaria uma observação rápida num determinado momento: *o observador precisaria fazer o esforço de permanecer junto a mim cerca de dez a quinze minutos*. Neste caso, qualquer um poderia observar que meu peito alternadamente aumenta e diminui de volume. Naturalmente, permanecem nos braços e no tórax os pêlos viris, que, aliás, em mim estão presentes em pequena escala; também os mamilos continuam do tamanho pequeno que corresponde ao sexo masculino. Mas à parte isso, ousa afirmar que qualquer pessoa que me vir de pé diante do espelho, com a parte superior do corpo desnudada — sobretudo

se a ilusão for corroborada por algum acessório feminino terá a impressão indubitável de um *torso feminino*. Não hesito em esclarecer que quando estiver fora do sanatório, *da minha parte não solicitarei* um exame deste tipo, mas permitirei que seja feito por qualquer especialista que a tanto seja movido, não por mera curiosidade, mas por um interesse científico. Se, como afirmo ainda, nada semelhante jamais foi observado em um corpo masculino, então creio ter com isso produzido uma prova que não deixará de provocar, mesmo em pessoas sérias, as dúvidas mais relevantes: se tudo que em mim foi considerado até agora como ilusão dos sentidos não seria verdade e se, portanto, não teria uma base de verdade toda a minha crença em milagres e a descrição que dei para explicar os estranhos fenômenos que ocorrem com a minha pessoa e com meu corpo. (SCHREBER, 2021 [1903], p. 239, grifos do autor).

Destacamos também nos trechos finais da obra, o argumento de Schreber de não temer o julgamento social a que suas *Memórias* seria submetido, ao afirmar não ter mais vergonha, porque a maior vergonha ele já teria passado, ao sucumbir à doença (certamente compreendida como fracasso naquele contexto cultural). Ou teria também ganhado mais substância nele tudo aquilo que sentiu e viveu nestes anos? Ou ainda, uma impossibilidade de *uso* do sintoma como tentativa de comunicação, visto que no final da vida parece ter perdido a esperança, como atestam os laudos referentes ao período final de sua última internação, de que ele vivia em completo isolamento.

As *Memórias* nos mostram as inúmeras construções delirantes que Schreber foi lançando mão para continuar existindo, em períodos mais críticos que outros, como também seus pequenos momentos de esperança concreta. Ele nos fala sobre isso ao comentar sobre o retorno ao quarto, após um período terrível de isolamento na cela forte: “fui levado de volta ao quarto que ocupara anteriormente e vivi o melhor dia que passei em toda a minha (segunda) estada no sanatório de Flechsig, *isto é, o único dia em que me senti animado por auspiciosos sentimentos de esperança*” (SCHREBER, 2021 [1903], p. 67, grifo do autor). Poderíamos dizer que ele continha inúmeras memórias catalográficas do que via e pensava, mas não pôde *integrar* o que delirava como parte dele mesmo, e sim como algo externo a ele.

Tais aspectos, em nossa compreensão, se interligam e são observáveis pela não experiência da *integração* psicossomática de habitar o próprio corpo, pela vivência distorcida de uma sexualidade não *integrada* e nem vivida no tempo e ao tempo em que precisava e poderia experienciar e, como desdobramento do que não foi *integrado*,

podemos nos referir também ao aspecto que contorna e dá nome a este estudo, a memória.

A memória como *presença*, constituída não apenas como lembranças catalogadas, mas uma memória primitiva e corporal de poder seguir sendo a partir de si mesmo, o que pouco aparece nas lembranças de Schreber - seja ao abordar sua infância, a ausência de experiências com a mãe, a aparente opacidade de sua vida afetiva - se não sua necessidade de registrar ‘tudo’ que experimentava. Sob nosso ponto de vista, ele arquivava para não sucumbir. Impedido de fruir da vida e de uma memória capaz de ajudá-lo a viver foi impedido, novamente durante as internações, de viver novas experiências de cuidado e encontro às suas necessidades emocionais.

Schreber pouco experienciou da *ilusão* de criar um lugar para viver, foi impedido de encontrar a realidade e o mundo, só o *soube* de maneira adoecida antes das crises e no colapso delirante que viveu. Winnicott nos mostrou que a *ilusão* de *onipotência* quando experienciada fornece condições para que a instintualidade, o desejo e toda complexa gama de emoções e sentimentos que envolvem a natureza humana possam ser vividos em seus conflitos, dificuldades, êxitos e adversidades, mas como um aspecto fundamental e preservado da experiência de ter assegurado um lugar a partir do qual um Eu possa viver.

Compreendemos que Schreber tentou inúmeras vezes comunicar o que sentia, seu sofrimento e sua alegria, mas não havia ambiente capaz de reconhecê-lo. A despeito de tanto desamparo ambiental, é digno de nota que nem por isso ele deixou de esperar por isso, como as *Memórias* nos mostram pelo longo período de “doença dos nervos”, afinal como belamente disse Balzac: “a esperança é a memória que deseja”.

6.3 O funcionamento/mecanismo paranoico

Winnicott fez contribuições importantes em relação aos sintomas, de forma contextualizada e conforme seu aparecimento no amadurecimento. Uma distinção significativa é a de que o funcionamento psíquico depende da *integração* psicossomática. Os sintomas na perspectiva de Winnicott são pensados a partir das falhas na *integração*. O recurso do sintoma vai variar conforme o grau de *integração*, podendo ser um recurso mais primitivo ou não. A paranoia pode ser pensada de diferentes maneiras, o que contrapõe a forma como Freud pensou a partir da repressão e

da projeção⁴³ como universais. Winnicott demarca duas diferenças importantes em relação à forma como compreende o fenômeno da paranoia.

Uma delas já apontada refere-se à presença da paranoia como recurso defensivo que pode aparecer em qualquer ponto do amadurecimento emocional, tendo caráter patológico quando presente na psicose ou depressão. É dele a afirmação de que elementos persecutórios podem ser complicadores para o quadro da depressão e ainda que tais elementos “quando retidos dentro da personalidade acarretam o estado de hipocondria. Não é possível incluir uma descrição disso aqui, *porque a paranoia por si só não é uma doença* mas sim uma complicação ou de depressão ou de esquizofrenia” (WINNICOTT, 1983 [1963b], p. 202, grifo nosso).

Outro aspecto que circunda toda a compreensão das *patologias do amadurecimento* é a relativa às falhas ambientais, tendo a paranoia origem como elemento *distorcido* presente no amadurecimento devido às falhas na *integração*. Diferentes aspectos poderão ser observados conforme o estágio do amadurecimento em que o sintoma paranoico precisou aparecer. Podemos dizer a partir disso que Winnicott compreende a paranoia tanto quanto defesa como sintoma, podendo ter ou não aspectos patológicos.

A fim de nortear nossa exposição, apresentaremos as diferentes formas de compreensão da paranoia para Winnicott e tendo a primeira crise de Schreber como marco perceptível de sofrimento, como um colapso potencial à espreita. Isto nos dá condições de problematizar sobre o modo como sua vida pregressa se organizou, e embora não haja dados suficientes acerca da relação com a mãe, é importante para este estudo considerá-la, haja vista a importância das relações primitivas e o contexto ambiental para o amadurecimento emocional.

Pode-se dizer que do ponto de vista externo, tudo seguia conforme o esperado para Schreber, até o episódio das eleições em que foi derrotado e a promoção para o alto cargo que antecedeu sua crise mais evidente. Conforme visto, aspectos primitivos da vida emocional de Schreber foram aparecendo durante o curso da doença, os quais eram anteriormente marcados por episódios hipocondríacos, os quais são muito importantes para a compreensão da relação persecutória pelo próprio corpo.

⁴³ Para Winnicott, a relação com a realidade precisa ser “real” e não apenas um mecanismo psíquico. Em suas palavras “isso se afasta da teoria que tende a conceber a realidade externa apenas em termos dos mecanismos projetivos do indivíduo” (1994 [1968b], p. 174).

Ademais, estes sintomas são inteligíveis a partir de Winnicott 2000 [1955]) como comunicação, conforme vimos anteriormente. O *uso* do sintoma indica-nos algum grau de organização da doença, o que marca uma significativa diferença entre aqueles quadros em que nem defesas puderam formar-se e o indivíduo encontra-se num estado caótico. Assim, segundo Winnicott “é praticamente certo que a psicanálise, quando aplicada à psicose, será mais bem-sucedida nos casos em que houver uma doença altamente organizada” (WINNICOTT, 2000 [1955], p. 385).

Desse modo, é preciso considerar o adoecimento de Schreber dentro da psicopatologia winnicottiana no sentido *lato*⁴⁴ da psicose, lembrando que a mesma se refere a um forte padrão *distorcido* de amadurecimento, variando conforme o grau de *integração* alcançado. É dele a afirmação de que a psicose inclui o ambiente como preponderante em sua origem, do mesmo modo que comporta diversas manifestações. Não é difícil encontrar pacientes que “apresentam uma aparente doença neurótica, mas que, sob tratamento, revelam tantas desordens fundamentais do desenvolvimento emocional primitivo, que o termo psicose acaba surgindo como o mais adequado” (WINNICOTT, 1990, p. 56). Segundo Winnicott,

Para fazer progresso no sentido de uma teoria operável da psicose, os analistas devem abandonar toda a idéia da esquizofrenia e da paranoia, tal como vistas em termos de regressão quanto ao complexo edipiano. A etiologia destes transtornos leva-nos *inevitavelmente* a estágios que precedem o relacionamento de três, corpos. O corolário estranho é que existe, na raiz da psicose, um fator externo. E difícil para os psicanalistas admitir isto, após todo o trabalho que tiveram chamando a atenção para os fatores internos, ao examinarem a etiologia da psicose. (WINNICOTT, 1989 [1969b], p. 191, grifo do autor).

Como *patologias do amadurecimento*, a paranoia aparece como interrupção na continuidade de *ser*, como reação a uma falha ambiental mais grave. Aqui precisamos distinguir dentro da “Classificação de acordo com distorções ambientais” proposta por Winnicott o grau de distorção presente. Conforme vimos, as distorções ambientais impedem que a tendência à *integração* ocorra de forma espontânea, causando reações, as quais têm desdobramentos diferentes conforme o grau de *integração* ou não-

⁴⁴ A psicose pode ser compreendida no sentido *Lato* como uma organização defensiva relativa às falhas ambientais primitivas na relação bebê-ambiente, portanto como proteção ao *self*-verdadeiro, bem como no sentido *stricto* como quadro específico de psicopatologia.

integração alcançado. É desse modo que para Winnicott, “muitas vezes, o fator ambiental não é um trauma isolado, mas um padrão de influências que distorcem; o oposto, de fato, do ambiente favorável que permite a maturação do indivíduo” (WINNICOTT, 1983 [1959a], p. 127).

Dentre as distorções ambientais, as relativas ao estágio da *dependência absoluta*, apresentam um grau de adoecimento mais primitivo visto tratar de um momento em que a necessidade de adaptação ambiental é salutar, por isso, as distorções interrompem a continuidade de *ser*. As que ocorrem no estágio da *dependência relativa*, em que o bebê já é capaz de perceber as falhas, porque viveu a dependência, as distorções ocorrem na vivência da instintualidade. E aquelas ocorridos na fase da *interdependência* ou *rumo à independência*, as distorções serão vividas na socialização e vida social.

Winnicott identificou sete tipos de manifestações paranoides relativas às falhas em diferentes estágios do amadurecimento. As manifestações referentes ao estágio da *dependência absoluta* podem ser descritas em três aspectos, os quais podem insurgir na impossibilidade da *integração* pelo *holding*, pela temporalidade e *integração* psicossomática. Desde a vida intrauterina pode-se observar alguma tendência persecutória, sobretudo quando o nascimento foi traumático, de forma que a reação à intrusão se estabeleceu como padrão persecutório de defesa contra o invasor. Sobre isso, Winnicott entende que a revivência do trauma do nascimento não modifica a experiência traumática, mas que “numa certa percentagem de casos de paranoia há esse fato adicional, de que o nascimento foi traumático, imprimindo no bebê um padrão de expectativa de interferência em seu 'ser' básico” (WINNICOTT, 2000 [1949b], p. 274). Isso não significa que a tendência paranoide é hereditária, mas sim de caráter congênito.

Numa situação mais especificamente traumática o intelecto desenvolve-se excessivamente, e pode mesmo tomar-se aparentemente mais importante que a psique, e depois do nascimento pode continuar a esperar e *mesmo ir de encontro às perseguições, a fim de colecioná-las e preservá-las ainda no intuito de proteger a psique*. O valor dessa defesa fica demonstrado quando o indivíduo por fim busca a análise, pois no contexto analítico descobrimos que perseguições primárias cuidadosamente colecionadas podem ser lembradas. (WINNICOTT, 2000 [1949b], p. 275).

Como sabemos, o ambiente protetor é de fundamental importância para que a tendência à *integração* num Eu unitário ocorra, visto tamanho desamparado que o bebê

vive no início da vida, sendo considerado um paranoico em potencial, em estado bruto frente ao mundo. Assim, o estado paranoide que pode aparecer neste estágio tão primitivo refere-se a defesas contra o ambiente invasivo e incapaz de proteger o bebê das interferências abruptas da vida. É desse modo que segundo Winnicott (2000 [1952]), o isolamento primário do bebê, sobretudo nos estados tranquilos podem ser garantidos pelo *holding* ambiental visto que “o mundo externo, os perseguidores são neutralizados no desenvolvimento saudável normal pela presença da mãe devotada, que fisicamente pela sustentação e psicologicamente (pela compreensão ou empatia, que possibilitam a adaptação).” (WINNICOTT, 2000 [1952], p. 315).

Por ocorrer em tão tenra idade, pode-se presumir que este potencial paranoide possa ser herdado, no entanto, sabemos com a teoria do amadurecimento, que muito do que acontece no início da vida tem no fator ambiental preponderância, e que desde muito cedo, padrões defensivos podem formar-se como proteção ao *self*-verdadeiro. As falhas ambientais vividas na *dependência absoluta* tendem a ser mais prejudiciais por interromperem o continuar a *ser* do bebê, e um potencial paranoide iniciado neste estágio pode não somente persistir no decorrer do amadurecimento como também tornar-se um padrão defensivo patológico grave, conforme descreve Winnicott:

Como defesa contra as terríveis ansiedades do estado paranóide nos primeiros tempos de vida, não é raro surgir um estado organizado ao qual já foram dados diversos nomes (por exemplo, introversão defensiva patológica). O bebê vive permanentemente em seu próprio mundo interno, o qual, porém, ainda não está solidamente organizado. *O complicador da perseguição externa é mantido a distância através de uma fuga à integração, evitando o estado de unidade.* Ao relacionar-se com uma criança desse tipo, vemo-nos entrar e sair do mundo interno em que ela vive, *e enquanto estamos dentro dele ficamos sujeitos a um controle mais ou menos onipotente*, controle esse, porém, que não é exercido a partir de um ponto central consistente. É um mundo mágico, que faz com que nos sintamos loucos. Todos os que já trataram de crianças psicóticas desse tipo sabem o quão louco é preciso estar para viver ali, e, no entanto, é necessário estar ali, e permanecer ali por longos períodos a fim de alcançar algum resultado terapêutico (WINNICOTT, 2000 [1952], p. 315, grifo nosso).

Conforme vimos em nosso argumento acerca do *controle onipotente* nos delírios de Schreber, o estágio primitivo de não *integração* não conseguiu seguir na vida

primitiva, o que só se formou foi um padrão defensivo grave, ou um amadurecimento *distorcido*. O colapso nos leva a crer que Schreber viveu uma *integração* precária.

O estabelecimento da unidade psicossomática e de habitar o próprio corpo depende da sustentação ambiental, que quando não ocorre tem como efeito um estado de alerta precoce, podendo aparecer pouco tempo após o nascimento. Vejamos que neste estágio do amadurecimento não há outro na relação. A ideia de perseguição é daquilo que é externo ao bebê somente do ponto de vista do observador. A indiferenciação entre bebê e ambiente vivida nestes primeiros meses de vida funciona para o bebê de forma difusa, visto que ele ainda não sabe da existência do outro ou do objeto. Segundo Winnicott, no extremo “aqueles que foram malcuídos, há sempre alguns que trazem consigo a necessidade de serem perseguidos, sendo que esta necessidade, que constitui a base da doença psiquiátrica chamada paranoia” (1990, p. 41) aparece desde muito cedo.

O bebê que não sabe da existência do ambiente, depende do apoio ambiental para que as experiências que ele começa a viver sejam *integradas* como partes dele mesmo, o que não significa satisfação dos impulsos do id, porque ainda nem há id atuando. O que leva o bebê à satisfação da fome, por exemplo, é compreendido como um impulso que o bebê faz sem um destino específico. É o ambiente adaptado às necessidades deste início da vida que se coloca à disposição do bebê, assim a fome é saciada pelo encontro entre o impulso que leva o bebê a agir e o seio materno que se coloca para relacionar-se com ele. Toda esta adaptação relativa às tarefas ambientais da experiência de *ilusão de onipotência*, a *elaboração imaginativa das funções corporais* e a *apresentação de objeto* vão auxiliando o bebê a integrar-se num Eu e impedindo estados paranoides graves.

Os impulsos que levam o bebê a agir ou ao estado excitado são oriundos de duas fontes, quais sejam: a instintualidade e a motilidade. Segundo explicação de Dias (2003), a instintualidade refere-se ao campo em que a sexualidade irá se desenvolver e neste estágio primitivo é caracterizada pelos impulsos no sentido à ação, como a saciação da fome, por exemplo, que também precisa ser *elaborado imaginativamente*, conforme vimos no capítulo 5. Já a motilidade refere-se ao impulso motor que o bebê faz desde a vida intrauterina e são expressos de forma mais evidente em tudo que envolve o movimentar-se do bebê que de modo incipiente descobre o contorno do corpo da mãe ainda na barriga e posteriormente descobrindo e redescobrendo o mundo. A

motilidade também será a raiz da agressividade, cujo sentido é o da vitalidade do bebê, um estar vivo que demanda ação. A agressividade como intencionalidade será uma conquista futura do inter-relacionamento com o mundo.

Tanto no que se refere aos impulsos instintuais como motores, embora pareçam separados, também precisam ser *integrados*, um fazendo parte do outro na incipiente experiência psicossomática do bebê. Do mesmo modo, quando o ambiente falha na facilitação destas experiências, um fator persecutório pode apresentar-se. Esta falha não se refere ao não atendimento da satisfação ou prazer de ter saciado a fome, conforme explica Winnicott, “há coisas mais importantes acontecendo e estas vão prover apoio aos processos do ego. É somente sob condições de adequação do ego que os impulsos do id, quer sejam satisfeitos ou frustrados, se tornam experiências do indivíduo” (WINNICOTT, 1983 [1963c], p. 218), portanto ainda não há experiência de prazer acontecendo, há sobretudo, primeiríssimas experiências do si mesmo.

A falha pode acontecer na experiência da instintualidade como privação da continuidade de *ser* do bebê. Por exemplo, quando a mãe falha em atender a necessidade da fome, ela não está frustrando o bebê, a experiência de frustração ocorre um pouco mais tarde no amadurecimento. A falha é em não conseguir atender a necessidade do bebê de sentir seu impulso como algo pessoal, o movimento que o bebê faminto faz para aplacar o incômodo sentido não pode ser *integrado* como algo *seu*. Também por isso, a experiência da instintualidade não é restrita ao alimentar-se, mas a toda experiência global de comunicação silenciosa e de *mutualidade* vivida na relação mãe-bebê, de forma que esta fortalece o ego e facilita a *integração* psicossomática.

O estado paranoide relativo às falhas na *integração* psique-soma leva o bebê a sentir o que lhe acontece como perseguidor interno, por não haver ambiente externo ainda relacionando-se com ele. Dada a sua imaturidade, sem o apoio ambiental, explica Dias (2003), “as tensões instintuais, ao invés de serem gradualmente integradas e pessoalizadas, permanecem externas e são sentidas como intrusões, podendo, ainda, tornar-se perseguidoras, chegando a estabelecer uma disposição paranoide” (p. 177).

Winnicott (1983 [1957]) explica que neste estágio, é mais apropriado falarmos do relacionamento mãe-criança do que relações triangulares, as quais pressupõem maior integração psicossomática. Do que mesmo que “referir-se à ansiedade persecutória interna do que à sensação de perseguição externa; mecanismos de *splitting*, *desintegração*, e uma *incapacidade de estabelecer* contato me parecem mais

profundos”, e anteriores à possibilidade de ansiedade proveniente de uma relação (p. 103, grifo do autor).

Já a falha ambiental em favorecer a experiência da motilidade ocorre quando o ambiente se sobrepõe ao movimento inicial do bebê, e ele reage pelo estímulo que o ambiente lhe impõe, de modo que mesmo fazendo algo, isto não é sentido como movimento próprio. Nestes casos, o potencial paranoide aparece devido à necessidade da presença de um perseguidor para o bebê agir. Assim, a experiência da motilidade vivida também como expressão espontânea da agressividade fica impedida e aparece de forma distorcida. Abaixo segue uma explicação de Winnicott:

Muitos bebês, no entanto, possuem um potencial de agressividade maciço que deriva das reações à intrusão, e que virá a ser deflagrado pela perseguição. Na medida em que esta é a verdade, *a criança ansiará pela perseguição, e se sentirá real ao reagir a ela*. Mas isto representa uma forma falsa de desenvolvimento, pois essa criança precisará constantemente de uma perseguição. A quantidade desse potencial reativo não depende de fatores biológicos (que determinam a motilidade e o erotismo), mas de uma intrusão ambiental determinada pelo acaso, e, portanto, das condições psiquiátricas da mãe e das características emocionais do seu ambiente. (WINNICOTT, 1950-2000 [1955], p. 304).

Cumprido destacar que esta é uma diferenciação importante, sabemos que a paranoia foi classificada por Freud justamente como uma dificuldade no estabelecimento do outro na vida psíquica devido à repressão. Para Winnicott, o bebê neste estágio ainda nem sabe da existência do outro e por isso não há um inconsciente reprimido. São os aspectos descritos pela *relação de objeto* que evidenciam esta diferença e serão retomados no tópico posterior quando demonstrarmos nossa compreensão acerca do controle onipotente vivido por Schreber.

Na fase da *dependência relativa*, os elementos persecutórios ganham outros sentidos, visto que o bebê já tem uma maior capacidade de perceber o que acontece no ambiente como algo externo a ele, ainda que de forma rudimentar. Conforme vimos, uma importante conquista deste momento é a do início da *relação de objeto*, em que o bebê protegido dos percalços do que acontecia “fora” dele cria o *objeto subjetivo*. Um desenvolvimento posterior é a do *uso* do objeto, ou seja, o bebê fazer *uso* daquilo que criou ilusoriamente, podendo posteriormente fazer *uso* deste na fantasia. Porém um aspecto importante e difícil, que antecede o *uso* é a colocação do *objeto fora da área de*

controle onipotente, ou seja, é o momento da percepção do bebê de que o *objeto subjetivo* que ele achava ser criado por ele, na *ilusão de onipotência*, na verdade tem existência separada e independente dele, ou seja, trata-se de um objeto externo. Esta colocação para fora do controle onipotente é fundamental visto que não se refere a uma “entidade projetiva, e, na realidade, o reconhecimento dele como uma entidade por seu próprio direito”. A mudança (do relacionar-se para o uso) significa que o sujeito destrói o objeto” (WINNICOTT, 1994 [1968b], p. 174). É por destruir o objeto na fantasia que o bebê é capaz de usá-lo, como incremento da realidade, pois segundo Winnicott, o que não pode ser *criado* pelo indivíduo não poderá ser usado de forma pessoal, em contato com o *self-verdadeiro*.

A diferenciação entre relação, destruição e o uso de objeto, do fenômeno da projeção é necessária, pois é a partir destas conquistas que o bebê pode alcançar maior *integração* do ego e com isso, começar a viver a relação com o mundo externo de forma sofisticada. A projeção então será mais um recurso para uso do bebê, ou melhor dizendo, quando atingido o estágio da *relação de objeto*, “os mecanismos projetivos ajudam no ato de *notar o que está lá*, mas eles não são a *razão pela qual o objeto está lá*.” (WINNICOTT, 1994 [1968b], p. 174, grifo do autor).

O *objeto subjetivo* só pode ser destruído subjetivamente porque ele sobrevive como algo externo, ou seja, a mãe está lá existindo concretamente na relação com o bebê. Na impossibilidade desta de manter-se viva e sobreviver aos impulsos destrutivos do bebê, ele se retrai, por não poder movimentar-se espontaneamente. Com isso, há surgimento de um distúrbio depressivo, cuja natureza é diferente da relativa à capacidade de responsabilizar-se, como veremos adiante, mas mais primitivo em que não há ambiente no qual o bebê possa agir de forma espontânea. Este é um fenômeno bastante importante que difere da compreensão clássica da psicanálise de reconhecer os fatores ambientais apenas quando se relacionavam aos mecanismos de projeção. Na semântica winnicottiana, o relacionamento de objeto, tem realidade própria, concreta:

Relacionar-se com objetos é uma experiência do sujeito que pode ser descrita em termos do sujeito como algo isolado. Quando falo do uso de um objeto, contudo, estou tomando o relacionar-se com objetos como certo, e adiciono novos aspectos que envolvem a natureza e o comportamento do objeto. Exemplificando, o objeto, se é que vai ser usado, tem de necessariamente ser real no sentido de fazer parte da realidade partilhada e não ser um feixe de projeções. É isto que, penso

eu, contribui para o mundo de diferença que existe entre relacionamento e uso (WINNICOTT, 2002 [1968a], 173).

A sobrevivência do objeto como algo real é fundamental, do contrário a agressividade que não pode ser vivida e é, tanto projetada como algo idealizado quanto aquilo que tem potencial de ser ruim ou mau é projetado e impedido de ser integrados como parte do ego. Ou seja, aparece como algo *distorcido* no amadurecimento, visto que “sem a possibilidade de brincar sem compaixão, a criança terá que esconder o seu eu impiedoso e dar-lhe vida apenas em estados dissociados” (WINNICOTT, 2000 [1945], p. 230).

Desse modo, a agressividade dirigida intencionalmente fica inviabilizada, pois não há ambiente para o bebê experienciá-lo, bem como lidar com as consequências delas, pela responsabilização e reparação. Tais conquistas, referentes à capacidade da criança de compadecer-se em relação ao ambiente, refere-se ao estágio do concernimento. É neste estágio que a experiência do *uso do objeto* e a da intencionalidade na experiência da agressividade⁴⁵ dirigida ao ambiente, e, portanto, de forma pessoal, acaba também comprometida, acarretando outro quadro depressivo relativo à impossibilidade de reparação (WINNICOTT, 1994 [1968b]).

No *concern*, o bebê sustentado pela mãe no tempo, vai tendo condições de perceber o que acontece fora dele, a lidar com sua instintualidade e perceber, por exemplo que ao mamar ele pode machucar a mãe, ou provocar um buraco nela, como diz Winnicott e ainda assim estar lá para ser buscada por ele. Segundo o autor, quando esta situação é sustentada no tempo, a mãe vai oportunizando um círculo benigno para o bebê, em que ele vai conquistando a capacidade da culpa e da reparação como algo próprio ao amadurecimento. Winnicott rediscute o estágio do *concern* a partir das construções teóricas de Melanie Klein acerca da posição depressiva.

A fim de compreendermos os aspectos paranoides ou persecutórios que podem ocorrer neste estágio, em que o mundo interno do bebê vai se constituindo e contendo

⁴⁵ Em 1969, pouco antes de morrer, Winnicott escreveu uma nota explicando o mistério sobre a origem da agressividade como algo inato ou reativo e sua importância para o amadurecimento. Tal nota transcrita pelos editores nos informa que a agressividade: “1-é inata; 2-nada tem a ver com o ódio; 3-é parte do amor primitivo, que devora (e assim destrói); 4-tem como consequência (se não há retaliação) destruir o objeto subjetivo e perceber, no objeto do mundo externo, algo dotado de vida própria que, afinal, pode ser utilizado (nada a ver com "exploração")” (WINNICOTT, 1990, p. 81).

pequenas memórias das experiências, o que ocorre é que o bebê vai percebendo o que ele produz na mãe. Winnicott descreve esta experiência com a seguinte imagem do ponto de vista do bebê:

além de sentir-se apreensivo quanto ao buraco por ele *imaginado* no corpo da mãe, vê-se também intensamente às voltas com a contenda no interior do eu, uma briga entre o que é sentido como bom, ou seja, apoiando o eu, e o que é sentido como mau, ou seja, persecutório para o eu. (WINNICOTT, 2000 [1955], p.364 grifo nosso).

Somente com o passar do tempo e da *elaboração imaginativa* do próprio corpo e de sua força, potencia e capacidade é que o bebê terá condições de perceber e lidar com as consequências que emergem do ambiente a partir de seu impulso. Em termos práticos, assim como a digestão física, o que o bebê sente e provoca no outro também precisa ser *elaborado psiquicamente*, integrando-se num Eu psicossomático.

A elaboração demora algum tempo e o bebê pode apenas aguardar os seus resultados, entregue passivamente ao que se passa lá dentro. Na saúde, esse mundo interno pessoal transforma-se no infinitamente rico núcleo do eu. Ao final desse dia na vida de um bebê saudável qualquer, os resultados do trabalho interno fazem com que ele tenha para dar coisas boas e coisas ruins. A mãe aceita o bom e o ruim, e é preciso que ela saiba distinguir entre o que é oferecido como bom e o que é oferecido como ruim. (WINNICOTT, 2000 [1955], p. 364).

Como resultado deste dia, o bebê que suporta o buraco provocado na mãe, poderá sentir culpa, sem o estímulo do outro, ou uma moralidade exterior, mas como consequência desta situação que é sustentada pela mãe, capaz de receber o que o bebê oferece e dar oportunidade dele reparar. Para a teoria do amadurecimento, somente esta culpa é a verdadeira, porque advém do próprio eu, e da capacidade do bebê de lidar com a destrutividade, de modo que “a culpa surge através da junção das duas mães, e do amor tranquilo ao amor excitado, e do amor ao ódio, e este sentimento vem compor, à medida que cresce, uma fonte normal e saudável de atividade nos relacionamentos” (WINNICOTT, 2000 [1955], p. 365).

A impossibilidade da vivência deste processo é a ocasião para a depressão, em que o indivíduo vê-se às voltas com uma culpa irreal, pela impossibilidade de viver o círculo de construção e destruição, porque não consegue lidar com as fantasias a respeito “das vertentes internas e externas de sua personalidade e de toda a gama de

defesas contra a depressão, incluindo a origem dos elementos persecutórios” (WINNICOTT, 2000 [1955], p. 220). Sem poder viver a experiência da destrutividade de forma completa, proporcionada pelo círculo benigno, o que surge é um sentimento de culpa exacerbado e um retraimento da espontaneidade.

Moraes (2005), em sua tese sobre a depressão na obra de Winnicott, explica também que, diferentemente da depressão reativa simples, na depressão psicótica, “a capacidade para a ambivalência não foi alcançada ou foi perdida. Sendo assim, a pessoa usa mecanismos de *splitting* ou repressão para lidar com as ansiedades referentes ao fato de o amor e o ódio serem dirigidos a uma mesma pessoa” (MORAES, 2005, p. 244). Winnicott explica este processo da seguinte forma:

Quando a posição depressiva foi alcançada e plenamente estabelecida num indivíduo, a reação à perda é a de *dor, ou tristeza*. Se ocorreu alguma falha na posição depressiva, a consequência da perda é a depressão. O luto significa que o objeto perdido foi magicamente introjetado, e (conforme Freud mostrou) está lá sujeito ao ódio. A meu ver, isto significa que é possível o seu contato com elementos persecutórios. Incidentalmente, o equilíbrio de forças é perturbado, de modo que os elementos persecutórios aumentam enquanto as forças benignas ou apoiadoras são enfraquecidas. Surge uma situação de perigo, e o mecanismo de defesa que implica num amortecimento generalizado produz um estado de depressão. A depressão é um mecanismo de cura: o campo de batalha é como que coberto por um nevoeiro, permitindo uma triagem num ritmo mais lento, dando tempo para que todas as defesas possíveis possam acontecer e possibilitando a elaboração, de modo que em algum momento posterior ocorra o restabelecimento espontâneo. Clinicamente, a depressão (desse tipo) tende a desaparecer, um fenômeno bem conhecido pelos psiquiatras (WINNICOTT, 2000 [1955], p. 371).

Vê-se a partir desta descrição que é devido ao fato de não poder viver sua instintualidade e poder repará-la que o potencial paranoide ganha espaço, com os elementos persecutórios sobrepondo-se aos bons, já que na depressão, as dificuldades referem-se, sobretudo a aceitação ou recusa da destrutividade como inerente ao mundo interno, no entanto esta não pode ser vivida.

O indivíduo não consegue passar da ambiguidade para a ambivalência, e aceitar os impulsos destrutivos como parte do eu. É por meio da conquista do *concern* que se pode falar em mundo interno do bebê de modo livre, contendo elementos benignos e persecutórios, que são parte da realidade psíquica interna alcançada, do mesmo modo

que o surgimento da fantasia como incremento da realidade e a apropriação do corpo que continua sendo *elaborado psiquicamente*.

Veja-se assim que a projeção na perspectiva winnicottiana é parte de um desenvolvimento saudável, que auxilia o indivíduo a lidar com os conflitos internos inerentes ao inter-relacionamento com a realidade, “os seres humanos estão sempre inventando Deus e estão sempre organizando depósitos de dejetos ou de produtos perigosos” (WINNICOTT, 1989 [1969b], p. 231). No entanto, conforme vimos tal conquista dependerá de condições primitivas como a capacidade de relacionar-se e usar o objeto, destruí-lo e daí então poder projetar sentimentos. Do contrário será um aspecto defensivo, parte dos fenômenos não *integrados* e do não alcance da *relação de objeto*, sendo, desse modo, uma relação isolada do mundo.

Já no estágio do EU SOU, em que o bebê já é capaz de perceber a externalidade do mundo e com isto torna-se capaz de manter uma interdependência em relação ao ambiente, a presença de elementos persecutórios residuais anuncia que ainda há riscos de desintegração. Especialmente no início deste estágio, as conquistas são incipientes e “o indivíduo é, por assim dizer, cru, não defendido, vulnerável, potencialmente paranoide. O indivíduo só pode atingir o estágio do ‘eu sou’ porque existe um meio que é protetor” (WINNICOTT, 1983 [1958c] p. 35), propiciado pela identificação da mãe com a vulnerabilidade da criança. Este potencial paranoide é muito distinto da disposição paranoide oriunda, sobretudo das invasões ambientais no estágio da *dependência absoluta*. No atual momento do amadurecimento, o bebê já é dotado de alguns recursos subjetivos que a ajudam a lidar com a realidade, ainda que dependa do apoio ao ego ofertado pela mãe.

Dias (2003) esclarece que esta tendência paranoide tende a ser reduzida quando a *integração* se realiza no tempo das conquistas emocionais do ambiente facilitador, ou seja, quando o amadurecimento se dá em função dos cuidados ambientais e não de conquistas alcançadas posteriormente na relação terapêutica, por exemplo. Nestes casos, o bebê “sabe” que pode depender do ambiente, o que o protege da expectativa de perseguição. Diferentemente de quando o bebê precisa contar mais com seus recursos do que com o cuidado ambiental.

Como o amadurecimento enquanto conquista emocional é dependente tanto dos fatores pessoais como da facilitação ambiental, quando o que vem do bebê tal como seu “padrão de impulsividade pessoal, de motilidade, sensibilidade, inteligência etc. —, a

integração pode ser favorecida mais por um do que por outro dos fatores envolvidos”. Nestes casos, a expectativa de perseguição é mais comum quando a *integração* é alcançada mais pelos fatores pessoais do que ambientais (DIAS, 2003, p. 257).

Pode-se depreender que o potencial paranoide presente neste estágio revela uma frágil *integração*, alcançada a duras penas e de forma incipiente. Os desdobramentos possíveis desta frágil *integração* demonstram também como a *integração* psicossomática comporta o elemento persecutório no próprio corpo, conforme podemos observar nos estágios iniciais do adoecimento de Schreber. Defendemos, portanto, que o adoecimento “visto” no corpo é como um anúncio do que parecia apenas fissura da *integração*. Quando na verdade, a fissura é mais *origem* do que desdobramento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo investigou os efeitos do caso Schreber na teoria e na clínica psicanalítica e na metapsicologia, trabalhando o sintoma e a memória na psicose a partir de estudos variados extraídos das abordagens de Sigmund Freud e de uma leitura – empreendida por nós – da psicanálise construída por Donald Winnicott. No decorrer do trabalho, mostramos as diferenças existentes entre as duas abordagens, para fundamentarmos a questão geral que ensejou esta tese: havendo duas leituras da psicose é possível extrairmos algum proveito desta diferença? Cremos que sim, e ao assumirmos o desafio desta questão, colocamos em andamento a leitura Freudiana – com os detalhes metapsicológicos indispensáveis para uma compreensão específica do sintoma e da memória na psicose – das Memórias de Schreber, seguida das reflexões feitas pelo próprio Freud. Na segunda parte, avaliamos uma possibilidade de abordagem dos sintomas de Schreber a partir da teoria e clínica de Winnicott evidenciando como a memória pode ser pensada nos casos de psicose à luz da experiência da *integração* psicossomática. O cotejamento das duas explicitações constituiu o essencial da argumentação desta tese; onde nela, defendemos uma abordagem afinada com a teoria do amadurecimento de Winnicott – colocada em evidência por um estudo comparativo com as memórias de Schreber – para mostrarmos como a experiência da psicose inquieta o universo psicanalítico, forçando-o a pensar para além dos parâmetros implementados pelo seu fundador.

Nossa contribuição refere-se, sobretudo, ao percurso por nós delineado acerca dos aportes de Winnicott para pensarmos acerca do adoecimento de D. P. Schreber descrito em suas *Memórias*. Este intento iniciou-se com a apresentação da teoria do desenvolvimento emocional criada por Winnicott, a qual rediscute e propõe uma nova designação para a saúde e psicopatologia.

A saúde emocional compreendida a partir da teoria do amadurecimento designa, de forma inédita na psicanálise, a importância do ambiente para que a *tendência à integração* em um Eu seja alcançada em seus diferentes aspectos e possibilidades. Isto nos levou a destacar que o fenômeno da *integração* das experiências primitivas está intimamente ligado à realização das tarefas ambientais que facilitam a união da psique e soma, via *elaboração imaginativa* das vivências corporais a que um bebê tão

dependente do cuidado ambiental pode viver. Em outras palavras, à experiência de habitar o corpo próprio, que nunca é separado da experiência de si mesmo.

Pensar a saúde do ponto de vista winnicottiano, é pensar desde as condições facilitadoras, que colocam a vida em movimento, o que inclui localizar não só a presença ou ausência de sintomas, mas especialmente o *uso* ou função do sintoma e do adoecimento como tentativas de retomada da tendência ao amadurecimento. É partir do que acontece “normalmente” no amadurecimento de um indivíduo, desde a vida primitiva como bebê, que permite avaliar e compreender as doenças ou imaturidades persistentes. Esta designação é nova na Psicanálise, visto que o sintoma sempre foi visto como um mecanismo de defesa contra a não satisfação instintual, como destino para a pulsão, base para a compreensão de todo funcionamento psíquico.

Tendo percorrido o percurso de Freud a Winnicott acerca do sintoma, memória e o adoecimento de Schreber, nossa tese é a de que o delírio “se deu” como necessidade do próprio Schreber de ganhar realidade para ele próprio, de alcançar alguma *integração* em que pudesse ver-se, sentir-se habitando o “próprio” corpo e a “própria” vida como alguém, ainda que de forma delirante.

O sintoma *usado* como tentativa de viver a *ilusão de onipotência* de forma distorcida, ou seja, delirante, em alguns momentos pôde ser compreendido como movimento de saúde, mesmo que do ponto de vista externo, fosse vista como totalmente patológica. Sabemos da importância do ambiente para que o impulso pessoal ganhe realidade como gesto próprio de encontro com a realidade, o que é fundamental para a *integração* psicossomática e incremento da vida psíquica.

O que vimos acompanhando as *Memórias* de Schreber e seus dados biográficos, foram inúmeros impedimentos para a vivência da motilidade, instintualidade e sexualidade, as quais foram sobrepujadas por um ambiente abusivo a que foi submetido nosso “paciente”, deixando efeitos significativos em sua precária *integração* psicossomática.

Em nossa compreensão, suas crises foram um modo de *usar* o sintoma como tentativa de comunicação ao ambiente do colapso vivido anteriormente ao próprio adoecimento, cujo sucesso de uma vida “normal” ocultava um *self* violado. Winnicott nos mostra que enquanto houver sintoma, ainda há no indivíduo a esperança de ser encontrado pelo ambiente, dando assim à esperança status de recurso emocional saudável.

As bases da crença no ambiente são constituídas pela experiência da presença materna, que de modo *suficientemente bom* ajuda o bebê a *criar* o mundo, pois se coloca à espera do seu gesto próprio. Winnicott refere-se em suas palavras, à capacidade da mãe "de ir ao encontro das necessidades do bebê, que estão em constante processo de mutação e desenvolvimento, e que permitem que sua trajetória de vida seja relativamente contínua" (WINNICOTT, 2002 [1969a], p. 86). É desta experiência também que a *memória da presença* e do cuidado vão oportunizando ao bebê a confiança no retorno da mãe, bem como na ilusão de que o mundo encontrado foi *criado* por ele. Assim, por meio do acúmulo de experiências de confiabilidade no ambiente que o protegem e permitem o relaxamento da despreocupação em sustentar o ambiente, o bebê vai sentindo os efeitos da confiabilidade ambiental, tão necessária para habitar o mundo de forma pessoal.

Podemos dizer que são os efeitos de um ambiente *insuficientemente bom* que aparecem nas manifestações sintomáticas de Schreber, bem como em sua escrita apartada de uma memória afetiva e encarnada. Compreendemos que, pela ausência de experiências integradoras, que lhe permitiriam acesso a ele mesmo e ao outro de forma pessoal e saudável, fez uma tentativa de *usar* o próprio sintoma em forma de delírio para dar suporte a um mundo apartado da relação com o outro e a realidade.

Schreber seguiu pela vida, alcançou conquistas profissionais, mas carentes de realidade pessoal, "seguiu" o amadurecimento de forma *distorcida*. O sintoma do delírio surge então como *distorção* do gesto espontâneo, ou seja, distorcido pelo delírio encontrou alguma sobrevivência. Dissociado, como a holotúria o faz para sobreviver à mutilação ambiental, como nos mostra o bonito poema da Wisława Szymborska (2016, p.146):

“Em perigo, a holotúria se divide em duas:
com uma metade se entrega à voracidade do mundo,
com a outra foge.

Desintegra-se violentamente em ruína e salvação,
em multa e prêmio, no que foi e no que será.

No meio do corpo da holotúria se *abre um abismo*
com duas margens subitamente estranhas.

Em uma margem a morte, na outra a vida.
Aqui o desespero, lá o alento.

Se existe uma balança, os pratos não oscilam.
Se existe justiça, é esta.

Morrer só o necessário, sem exceder a medida.
Regenerar quanto for preciso da parte que restou.

Também nós, é verdade, sabemos nos dividir.
Mas somente em corpo e sussurro interrompido.
Em corpo e poesia.

De um lado a garganta, do outro o riso,
leve, logo sufocado.

Aqui o coração pesado, lá *non omnis moriar*,
três palavrinhas apenas como três penas em voo.
O abismo não *nos divide*.
O abismo nos *circunda*".

Com Schreber vemos a desesperança criar forma, sobretudo na fase final do seu adoecimento. Uma vez mais, assustado pela imprevisibilidade da vida, deparou-se com a impossibilidade do ambiente oferecer apoio ao seu sintoma delirante, acabou ainda mais isolado do mundo. Reviveu o “verdadeiro” colapso, isolado pela desesperança, de qualquer tentativa de comunicação do sintoma. Na clínica da psicose, nomeada por Winnicott de análise modificada, podemos pensar que o analista “assume” o lugar do sintoma, se oferece como suporte para aquilo que o sintoma daria para o paciente, para que alguma experiência integradora possa acontecer, o que infelizmente Schreber não pôde viver.

Para nós, as *Memórias* e a história de Schreber evidenciam os efeitos de um desencontro entre indivíduo e ambiente. Muito mais que fissuras, divisões, encontramos com ele o abismo à espreita, circundante. As fissuras de uma frágil integração são, na verdade, mais origem que desdobramento, mais ausências que presenças. E na ausência extrema não há criação possível. Sem mundo a ser encontrado, não há gesto possível.

REFERÊNCIAS

- BARTHES, R. 1915-1980. **O prazer do texto**. (Tradução. J. Guinsburg). São Paulo: Perspectiva, 2015.
- CANETTI, E. **Massa e Poder**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. Edição original: 1960.
- CARONE, M. Da loucura de prestígio ao prestígio da loucura. Prefácio. *In*: D. P. Schreber. **Memórias de um doente dos nervos**. São Paulo: Todavia, 2021.
- CUNHA, E. L. **O que aprender com as transidentidades. Psicanálise, gênero e política**. Porto Alegre: Criação Humana (2021).
- DELEUZE, G. Cinco proposições sobre a psicanálise. *In*: **A ilha deserta e outros textos**. Tradução de Cíntia Vieira da Silva. São Paulo: Iluminuras, 2006, p. 345-352. Edição original: 1973.
- DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2003.
- DIAS, Elsa Oliveira. Caráter temporal e os sentidos de trauma em Winnicott. **Winnicott e-prints**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 1-8, 2006.
- FERRAZ, R. F. A espera e o gesto. A importância da esperança a partir da obra de Winnicott. *In*: Ribeiro, S. e Denile Thé, V. A., Cavalcante, J. **O Gesto Espontâneo Em 90 Trabalhos**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2019.
- FREUD, S. A interpretação dos sonhos. *In*: **Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. Vol. III. Edição original: 1900.
- FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *In*: S. Freud. **Obras completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. vol.6. p. 13-172. Edição original: 1905.
- FREUD, S. A etiologia da histeria. *In*: **Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. Vol. III. Edição original: 1896.
- FREUD, S. Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. *In*: **Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. Vol. III. Edição original: 1896.
- FREUD, S. Sinopses dos escritos científicos do Dr. Sigm. Freud. *In*: **Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. Vol. III. Edição original: 1897.

FREUD, S. O mecanismo psíquico do esquecimento. *In: Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. Vol. III. Edição original: 1898.

FREUD, S. Lembranças Encobridoras. *In: Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. Vol. III. Edição original: 1899.

FREUD, S. O caso Schreber: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiograficamente [o caso Schreber]. *In: S. Freud. Obras completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. vol. 10. p. 13-107. Edição original: 1911.

FREUD, S. Introdução ao narcisismo. *In: S. Freud. Obras completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. vol. 12. p. 13-50. Edição original: 1914.

FREUD, S. O inconsciente. *In: S. Freud. Obras completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. vol. 12.p. 99-150. Edição original: 1915.

FREUD, S. Conferências introdutórias à psicanálise. *In: S. Freud. Obras completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. vol. 13. Edição original: 1917.

FREUD, S. Além do princípio do prazer. *In: S. Freud. Obras completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. vol. 14. p. 161-239. Edição original: 1920.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Introdução à metapsicologia freudiana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. vol 2.

GLÜCK L. **Poemas 2006-2014**. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.

HENRIQUES, Rogério da Silva Paes. **A narrativa paranóica e sua apropriação por Sigmund Freud: uma análise histórico-literária do “caso Schreber”**. 2008. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro 2008.

KHAN, M. Introdução. *In: WINNICOTT, D.W. Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. Edição original: 1945.

KLEIN, M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. *In: Inveja e Gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p. 17-43. Edição original: 1946.

KLEIN, Melanie. Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. *In: Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. Edição original: 1952.

LACAN, J. **O seminário, livro 3: as psicoses**. 2ª ed. rev. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002. Edição original [1955-56].

LAPLANCHE, PONTALIS, J.B. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LAURENTIIS, V. R. F. **Corpo e psicossomática em Winnicott**. São Paulo: DWW, 2016.

LOPARIC, Z. É dizível o inconsciente?. **Natureza Humana – Revista Internacional de Filosofia e Psicanálise**. São Paulo: EDUC, v. 1, n. 2, p. 323-385, 1999.

LOTHANE, Z. **In defense of Schreber: soul murder and psychiatry**. Hillsdale: The Analytic Press. 1992.

MEZAN, R. **Freud, pensador da cultura**. São Paulo, Companhia das Letras, 2019.

NIEDERLAND, W. G. **O caso Schreber: um perfil psicanalítico de uma personalidade paranóide**. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

MORAES, A. A. de Rezende E. **A contribuição winnicottiana para a teoria e a clínica da depressão**. 2005. 328 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

NASIO, J. D. Nossa leitura da primeira teoria de Freud: a origem da histeria é o vestígio psíquico de um trauma. *In: A histeria: teoria e clínica*. Tradução: Vera Ribeiro – Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

SCHREBER, D. P. (1842-1911). **Memórias de um doente dos nervos**. Tradução e introdução: Marilene Carone. São Paulo: Todavia, 2021.

SIMANKE, R.T. Memória, afeto e representação: o lugar do Projeto no desenvolvimento inicial da metapsicologia freudiana. **Acheronta** (En línea), Buenos Aires - Argentina, v. 20, p. 01, 2004.

TENENBAUM, D. **Schreber e Van Gogh: um estudo psicanalítico sobre a opressão interior**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2020.

WEBER G.. Laudo médico-legal. Nos autos do processo. *In: SCHREBER D. Memórias de um doente dos nervos*. 1899. São Paulo: Todavia, 2021.

SZYMBORSKA. W. **Um amor feliz**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

WINNICOTT, D. W. Timidez e Perturbações Nervosas nas Crianças. *In: A Criança e o seu Mundo*. Rio de Janeiro: LTC, 1982, p. 238-242. Edição original: 1938.

WINNICOTT, D.W. A observação de bebês numa situação padronizada. *In: Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. Edição original: 1941.

WINNICOTT, D.W. Desenvolvimento inicial primitivo. *In: Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. Edição original: 1945.

WINNICOTT, D.W. Que Entendemos por uma Criança Normal. *In: A Criança e o seu Mundo*. Rio de Janeiro: LTC, 1982, p. 140-147. Edição original: 1946.

WINNICOTT, D.W. Pediatria e Psiquiatria. *In: Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. Edição original: 1948.

WINNICOTT, D. W. A mente e sua relação com o psicossoma. *In: Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 332-346. Edição original: 1949a.

WINNICOTT, D. W. Memória do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. *In: Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 254-276. Edição original: 1949b.

WINNICOTT, D. W. A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. *In: Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 288-304. Edição original: 1950-1955.

WINNICOTT, D. W. Psicose e cuidados maternos. *In: Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. Edição original: 1952.

WINNICOTT, D. W. Duas Crianças adotadas. *In: Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. Edição original: 1953.

WINNICOTT, D. W. Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Analítico. *In: Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 374-392. Edição original: 1954.

WINNICOTT, D. W. Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Analítico. *In: Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 374-392. Edição original: 1955.

WINNICOTT, D. W. A preocupação materna primária. *In: Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p.399-405. Edição original: 1956a.

WINNICOTT, D. W. Formas clínicas da transferência. *In: Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 393-398. Edição original: 1956b.

WINNICOTT, D. W. Sobre a contribuição da observação direta da criança para a psicanálise. *In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983. Edição original: 1957.

WINNICOTT, D. W. Os efeitos da psicose sobre a vida familiar. *In: A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p.89-100. Edição original: 1958a.

WINNICOTT, D. W. Definição teórica do campo da psiquiatria. *In: A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p.141-152. Edição original: 1958b.

WINNICOTT, D. W. A capacidade para estar só. *In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 31-37. Edição original: 1958c.

WINNICOTT, D. W. O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional. In D. W. Winnicott, D.W. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p.3-20. Edição original: 1958d.

WINNICOTT, D. W. Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica. *In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 114-127. Edição original: 1959a.

WINNICOTT, D. W. Consequências da psicose parental para o desenvolvimento emocional da criança. *In: A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p.101-114. Edição Original: 1959b.

WINNICOTT, D. W. Teoria do relacionamento paterno-infantil. *In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, p. 38-54, 1983. Edição original: 1960a.

WINNICOTT, D. W. Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. *In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 128-139. Edição original: 1960b.

WINNICOTT, D. W. Provisão para a criança na saúde e na crise. *In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983. Edição original: 1962a.

WINNICOTT, D. W. O desenvolvimento da capacidade de envolvimento. *In: Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1987. Edição Original 1962b.

WINNICOTT, D. W. A integração do ego no desenvolvimento da criança. *In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 55-61. Edição original: 1962c.

WINNICOTT, D. W. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. *In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 79-87. Edição original: 1963a.

WINNICOTT, D. W. Os doentes mentais na prática clínica. *In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 196-206. Edição original: 1963b.

WINNICOTT, D. W. Distúrbios psiquiátricos e processo de maturação infantil. *In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 207-217. Edição original: 1963c.

WINNICOTT, D. W. O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. *In: Explorações psicanalíticas* (pp. 102-115). São Paulo: Artmed, 1994. P. 102-115. Edição original: 1965.

WINNICOTT, D. W. A etiologia da esquizofrenia infantil em termos do fracasso adaptativo. *In Pensando sobre crianças*. São Paulo: Artmed, 1997. Edição original 1967.

WINNICOTT, D. W. A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. *In: Os bebês e suas mães*. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2002. Edição original: 1968a.

WINNICOTT, D. W. O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações. *In: Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed Editora, 1994. Edição original: 1968b.

WINNICOTT, D. W. A experiência mãe-bebê de mutualidade. *In: Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed Editora, 1994. Edição original: 1969a.

WINNICOTT, D. W. Os Muros de Berlim. *In: Tudo Começa em Casa*. Martins Fontes: São Paulo, 1989. Edição original: 1969b.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1971. Edição original: 1971.

WINNICOTT, D. W. A mãe dedicada comum. *In: Os bebês e suas mães*. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2002. Edição original: 1987.

WINNICOTT, D. W. O Conceito de saúde a partir da teoria dos instintos. *In: Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1990.