

Se..., Não...

Revista Portuguesa de Psicanálise
e Psicoterapia Psicanalítica

Se..., Não...
Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica

Editor / Publisher
Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica

Director / Director
Carlos Amaral Dias, PhD
(Professor Catedrático; Psicanalista e Presidente da Comissão de Ensino da AP)

Editor Chefe / Editor in Chief
António Pazo Pires, PhD
(Professor Associado do Departamento de Psicologia Clínica e Saúde do Instituto Superior de Psicologia Aplicada – IU; Psicanalista; Fundador e Associado da AP)

Co-edição / Co-editors
António Alvim, MSc Psicoterapeuta Psicanalítico; Fundador e Associado da AP); Ana Batarda, MsC (Psicoterapeuta e Terapeuta Familiar; Fundador e Associado da AP); Isabel Botelho MSc (Psicóloga; Psicoterapeuta, Fundadora e Associada da AP); João Pedro Dias MSc (Psicólogo Clínico; Fundador e Associado da AP); João Ferreira, MSc (Psicólogo Clínico; Associado da AP); Elisabete Fradique, MSc (Psiquiatra e Psicoterapeuta; Fundadora Associada da AP); Filipe Arantes Gonçalves MSc (Psiquiatra, Psicoterapeuta; Fundador e Associado da AP); Camilo Inácio MSc (Psicólogo Clínico; Associado da AP); Ângela Lacerda Nobre, PhD (Doutorada em Gestão; Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Setúbal, Fundadora e Associada da AP); António Mendes Pedro, PhD (Visiting Professor da Universidade Paris XIII e Professor Associado da Universidade Autónoma; Psicoterapeuta, Psicanalista e Psicossomático);

Fundador e Associado da AP); José de Matos Pinto, PhD (Psicólogo Clínico; Professor Coordenador da ESE de Coimbra; Fundador e Associado da AP); Isabel Plantier MSc (Psicoterapeuta Psicanalítica; Associada da AP); Clara Pracana, PhD (Psicanalista, Professora Convidada do Instituto Superior Miguel Torga, do ISMAT e do ISPA; Consultora; Fundador e Associado da AP); Catarina Rodrigues, MSc (Psicóloga Clínica e Psicoterapeuta; Associada da AP); Manuela Gonçalves dos Santos, MSc (Grupanalista; Fundador e Associado da AP);

Conselho Editorial / Editorial Board

Carlos Alberto Afonso, PhD (Professor Associado do ISPA; MFAPA e MFTTP da AP); Conceição Almeida, MSc (Psicanalista; Membro da Comissão de Ensino da AP); Maria do Rosário Belo, MSc (Psicanalista; Membro da Comissão de Ensino da AP); José Henrique Dias, PhD (Professor Jubilado da UNL; Director da Escola Superior de Altos Estudos do ISMT); Maria do Rosário Dias, PhD (Professora Associada no Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz; Fundadora Associada da AP); Jorge Caiado Gomes, PhD (Professor da Universidade Atlântica; Fundador Associado da AP); Mário Horta, PhD (Psicanalista; Membro da Direcção da AP); João Justo, PhD (Professor Auxiliar da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa); Michael Knock, PhD (Professor Associado do ISMT; Teólogo); António Coimbra de Matos, MSc (Psicanalista; Psiquiatra; Presidente da Direcção da AP); Carlos Campos Morais, MFAPA da AP, Investigador-Coordenador apos. do LNEC, Membro Emérito da Academia de Engenharia; Cristina Nunes, MSc (Psicanalista; Membro da Comissão de Ensino e da Direcção da AP); José Gouveia Paz, PhD (Professor Auxiliar da UAL; Psicoterapeuta); Henrique Garcia Pereira, PhD (Professor Catedrático do IS; Escritor); José Carlos Coelho Rosa, MSc (Psicanalista; Vice-Presidente da Direcção e Membro da Comissão de Ensino da AP); Luís Sozcka, PhD (Psicanalista; Professor Catedrático aposentado do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade do Porto); Ana Vasconcelos, MSc (Pedopsiquiatra; Membro da Direcção e da Comissão de Ensino da AP)

Conselho Editorial Internacional / International Editorial Board

Nancy Burke, PhD (Associate Professor of Clinical Psychiatry and Behavioural Science in Northwestern University Feinberg School of Medicine – Chicago); Rochelle Suri, PhD (Licenced Marriage & Family Therapy; Associate Director of the International Journal of Transpersonal Psychology – San Francisco – California); Judith Parker, PhD (Psychoanalyst in private practice) – Beverly Hills – California); Lynn Somerstein, PhD (Director of the Institute of Expressive Analysis; Book Review Editor Psychoanalytic Review; Psychoanalyst in Practice – New York); Sandra Segan, PhD (Member of the WMAAPP (Western Massachusetts and Albany Association for Psychoanalytic Psychology; Psychoanalyst in Practice – New York)

Se..., Não...

Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica

«Se..., Não... Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica» publica artigos originais do campo disciplinar, científico e praxiológico (clínica e aplicação) da Psicanálise e da Psicoterapia Psicanalítica. Contudo, também são aceites, de forma complementar, textos que expressem a rica diversidade de interfaces entre estes domínios e as diversas facetas do Desenvolvimento Humano

© 2014, AP – Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica

Título

Se..., Não... Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica

Capa

Alexandre lopes

Paginação

Alexandre lopes

Impressão e acabamento

XXXXXXX

Depósito legal

314677/10

ISSN

1647-7367

data de edição

1.^a edição, Lisboa, Dezembro de 2014

Coisas de Ler Edições

Tel.: 211 919 350 – Fax: 211 919 349

www.coisasdeler.pt

editorial@coisasdeler.pt



Índice

Editorial

- [201-202] A Retomada do Desenvolvimento
Catarina Rodrigues

Teoria e Clínica

- [205-222] A clínica winnicottiana das psicoses: a retomada do amadurecimento
Elsa Oliveira Dias
- [223-242] Temporalidade e regressão
Zeljko Loparic
- [243-261] Regressão, amor primário e novo começo
António Pazo Pires
- [263-274] Tendência Antissocial em Winnicott: Teoria e Clínica
Roseana Moraes Garcia
- [275-285] Winnicott para André Green – Três detalhes duma homenagem
Irene Borges-Duarte
- [287-301] A influência de Winnicott na compreensão da matriz da contratransferência
Carlos Amaral Dias e Catarina Marques
- [303-317] De Raubolt e de Winnicott: nada do que é humano lhes é estranho
Carlos Campos-Morais
- [319-329] Winnicott e Fairbairn: Novos olhares sobre a psicanálise
Tiago Pina Sequeira

- [331-338] Da capacidade de o objecto se deixar usar: Reflexões a partir do conceito winnicottiano do uso do objecto

Joana Espírito Santo

- [339-346] Diálogo entre D. Winnicott e S. Arietti a propósito de Eu e a Aldeia (Chagall, 1911)

Luís Delgado

Clínica

- [349-359] O reestabelecimento da continuidade de vir a ser um breve estudo de caso à luz da teoria do amadurecimento de D. Winnicott

Thais Rodrigues Picerni Maria

- [361-381] A importância do Entusiasmo do Terapeuta na Retomada do Desenvolvimento

Catarina Rodrigues

- [383-405] Fantasmas invisíveis – o irrelebrável e o inesquecível

Miguel Mealha Estrada

Teoria e Clínica



A CLÍNICA WINNICOTTIANA DAS PSICOSES: A RETOMADA DO AMADURECIMENTO¹

Elsa Oliveira Dias²
elsadias@uol.com.br

RESUMO

A compreensão dos distúrbios psíquicos enquanto distúrbios do processo de amadurecimento pessoal do indivíduo, levando em conta o fato da dependência inicial, acarreta implicações clínicas que alteram a concepção do *setting* analítico e da tarefa analítica. Destacando diferenças significativas entre o *setting* analítico tradicional, cujo enquadre teórico é dado pela teoria freudiana do desenvolvimento psicosexual, e o *setting* que se orienta pela teoria do amadurecimento, criada a partir do estudo dos estágios primitivos e das psicoses, o estudo aborda aspectos centrais da clínica winnicottiana das psicoses, em especial os conceitos relativos às agonias impensáveis, ao medo do colapso e ao uso terapêutico da falha do analista.

Palavras-chave: Winnicott • psicoses • tarefa analítica • agonias impensáveis • medo do colapso • falha do analista.

INTRODUÇÃO

Em muitas de nossas reuniões científicas, qualquer que seja o tema proposto, pode-se em princípio abordá-lo sob variadas perspectivas teóricas, mas o que está agora em questão – “A retomada do amadurecimento” – é eminentemente winnicottiano e não há como ser desenvolvido fora da perspectiva traçada pelo analista inglês. Compreendido no título está a ideia de amadurecimento e de que a linha do amadurecimento pode ser quebrada, interrompida, perdida, e de que é possível, ao menos em princípio e sob certas circunstâncias, retomá-la. A ideia da retomada do amadurecimento envolve uma concepção de regressão, que não é a pontos de fixação da libido, mas a de retorno à uma situação de dependência,

1 – Versão modificada da comunicação com o mesmo título, pronunciada no II Congresso Winnicott Luso-Brasileiro: *A retomada do amadurecimento*, Lisboa, 20 e 21 de Junho de 2014.

2 – Psicanalista, doutora em Psicologia Clínica pela PUCSP. Fundadora e presidente da Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana, Diretora de ensino e formação dessa sociedade. Autora dos livros *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott* e de *Sobre a confiabilidade e outros estudos*.

concepção, portanto, fundamentalmente relacional e não intrapsíquica. Em vista disso e do sentido de cura ao qual remete, tal concepção de regressão é não um sinal de doença, como foi quase sempre entendida a regressão na teoria tradicional, mas um primeiro passo na direção da saúde. Estamos, portanto, sem apelo, em território winnicottiano.

Não é o caso, aqui, de examinar os fundamentos da clínica winnicottiana do amadurecimento, e das psicoses em particular, nem a comparar, ponto a ponto, com a clínica psicanalítica tradicional. Ressalto apenas que a compreensão dos distúrbios psíquicos enquanto distúrbios do processo de amadurecimento pessoal do indivíduo, sobretudo quando se leva em conta o fato da dependência inicial, acarreta implicações clínicas que alteram de maneira bastante radical, com relação à psicanálise tradicional, a concepção do *setting* analítico, da tarefa do analista e do que se entende por cura. Concebido a partir do estudo e tratamento das neuroses, o *setting* analítico tradicional baseia sua prática na teoria do desenvolvimento das funções sexuais, e supõe um indivíduo já constituído como identidade unitária e capaz de se relacionar com o outro, externo a ele. É toda uma outra perspectiva que se abre quando o *setting* e a tarefa do analista passam a ser orientados pela teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott, pois, baseada no estudo dos estágios primitivos e das psicoses – o que lança luz sobre os fundamentos da existência –, essa prática visa à compreensão e ao tratamento dos distúrbios psíquicos em geral, devendo, contudo, estar preparado para a emergência de fenômenos esquizoides em todos os tipos de pacientes ou para o tratamento de casos cujas características sejam francamente esquizoides ou *borderline*.

Para melhor situar a perspectiva a partir da qual Winnicott opera, deve-se lembrar que ele foi um estudioso, não exatamente do psiquismo, e muito menos do aparelho psíquico, mas da natureza humana. No esforço de compreender a questão propriamente humana, ele recusou o recurso heurístico freudiano a uma dinâmica de forças, pulsional, supraestrutural e intrapsíquica, e, diferentemente disso, observou em detalhe a história real das relações de um indivíduo com seu meio ambiente, desde o início da vida. Tal direção do pensamento deve-se, provavelmente, a fatores pessoais, de sua própria história, mas também ao atendimento sistemático de bebês, com suas mães, no campo da pediatria, e de adultos

psicóticos, em especial dos que puderam regredir à dependência. Foram estas pessoas, e os problemas de que padeciam, relatados na clínica que favorecia a dependência, que possibilitaram a Winnicott vislumbrar aspectos essenciais da existência humana, inacessíveis, diz ele, quando se estuda o indivíduo saudável e mesmo o neurótico.

No início de sua carreira como pediatra, e tendo iniciado sua formação como psicanalista, Winnicott constatou que, enquanto a psicanálise tradicional, buscando abarcar a infância e tratar das psicoses, teorizava sobre crianças de 3, 4 e 5 anos, a propósito da questão edípica, ele assistia bebês muito pequenos que, com apenas algumas semanas de vida, estavam emocionalmente doentes, apresentando-se já muito assustados, demasiadamente agitados, ou manifestando uma espécie de anorexia, sem que qualquer problema físico fosse detectado. Não era possível, dada a extrema imaturidade dos bebês, atribuir qualquer uma dessas dificuldades à hipótese central que vigorava na psicanálise tradicional, a saber, a problemática edípica, triangular, que supõe um alto grau de desenvolvimento, inclusive mental. Deveria, portanto, concluiu ele, haver um campo de problemas, muito primitivo, que escapava ao paradigma edípico.

Diante disso, o esforço teórico de Winnicott foi na direção de explicitar os estágios iniciais da vida dos bebês, a “magia da intimidade” e da comunicação que se desenvolve entre um bebê e sua mãe, quando esta é suficientemente boa, e a natureza específica da dificuldade com que os bebês têm que lidar nesta etapa primitiva. Ele conectou essas dificuldades com aquelas de que padecem os psicóticos em relacionar-se com a realidade do si-mesmo, da vida e do mundo externo. Foi nesse período pré-verbal, pré-simbólico e pré-representacional que ele entendeu estarem ancoradas as raízes da saúde psíquica, assim como das muitas formas de impedimento de viver e de sentirem-se vivos que perturba os psicóticos. A questão que passa a mover o autor era a de saber quais são as condições ambientais que favorecem, ou falham em favorecer, os processos pelos quais um bebê, imaturo e altamente dependente de início, chega a tornar-se uma pessoa viável, capaz de estabelecer relações com a realidade externa, de achar algum sentido no fato de estar vivo e de ser capaz, razoavelmente, de tomar conta de si

mesmo. Se essas condições falham no período inicial, pode acontecer que um indivíduo jamais chegue a constituir-se como pessoa, e muito menos, portanto, a experimentar como real, e em primeira pessoa, algo tão sofisticado como um relacionamento triangular com pessoas externas e, mais especificamente, a situação edípica.

Partindo da concepção de que o ser humano é essencialmente relacional, e tirando todas as consequências da imaturidade do bebê, no início da vida, Winnicott assinala, de maneira decisiva, e em confronto com as principais posições da época que enfatizavam o intrapsíquico, a importância crucial do ambiente, sobretudo do inicial. Ele diz, por exemplo, que os bebês que não recebem cuidados suficientemente bons, no início da vida, “não conseguem se realizar nem mesmo como bebês. Os genes não são suficientes” (1968d/1988, p. 84). Como os cuidados ambientais são um elemento imponderável, há que se considerar o fato de que o processo de alcançar a vida pode falhar, uma vez que o nascimento biológico não coincide com o nascimento ontológico. Há bebês que, fisicamente saudáveis, morrem porque não encontram, desde o começo, uma base para ser, para continuarem vivos, sendo. Há outros que não necessariamente morrem: eles “são persuadidos a alimentar-se e a viver, ainda que a base para esse viver seja débil ou mesmo ausente” (1988/1990, p.127). Nesses casos, o indivíduo cresce mas, apesar de biologicamente vivo e até saudável, não alcança viver ou sentir-se vivo e real; permanece imaturo num sentido básico, fundamental.

Foi à luz dessas constatações, fornecidas por seus pacientes psicóticos, em especial os que regrediam à dependência, que Winnicott formulou a sua teoria das psicoses e da tendência antissocial, como distúrbios de deficiência ambiental e, a partir daí, reformulou a teoria de outros distúrbios, os psicossomáticos, as depressões, a neurose, as perversões, as paranoias. Enquanto a psicanálise tradicional – e Lacan junto – relacionou a psicose à problemática da castração ou, ao modo de Klein, à pulsão de morte, mas, em qualquer dos casos, vinculada às forças pulsionais, negligenciando o papel do ambiente, para Winnicott o distúrbio psicótico é de outra natureza – é, nas palavras do autor, um distúrbio de deficiência ambiental – e leva a tarefa terapêutica em outra

direção. O que falta aos psicóticos, dirá Winnicott, não é propriamente chegar ao princípio de realidade, mas, de maneira mais básica, alcançar um sentido de realidade do si-mesmo e do mundo em que vivem; suas dificuldades e problemas, diz ele, são especialmente aflitivos, pois “não fazem parte da vida, mas sim da luta para alcançar a vida [...]” (1988/1990, p. 100). E ainda, em outro texto: “Há pessoas que passam a vida não sendo, num esforço desesperado para encontrar uma base para ser” (1984b[1966]/1987, p. 116).

Não é essa a questão para os neuróticos. Estes, se não há dúvida sobre a consistência de suas experiências iniciais, são indivíduos que tiveram um bom início, alcançaram o sentido de serem unitários e reais, e a capacidade para as relações interpessoais. Talvez adoeçam ao ter que lidar com os conflitos que surgem da vida instintiva, em meio às relações triangulares, mas o que surge na análise não é uma dúvida sobre a realidade do si-mesmo, mas problemas relativos às defesas erigidas contra as ansiedades provenientes da administração da instintualidade, de natureza genital, e da fantasia que dela deriva.

Como os psicóticos, no dizer de Winnicott, “pairam permanentemente entre o viver e o não viver” (1967b/1975, p. 139), não se pode dizer que suas dificuldades resultem de conflitos intrapsíquicos, os quais apontariam para o “profundo”, para material censurado reprimido no inconsciente; tais dificuldades pertencem ao domínio do “primitivo”, consistindo bem mais de uma inconsistência básica que corrói todo senso de realidade. A despeito de se apresentarem e de serem, muitas vezes, pessoas capazes de lidar com as exigências da vida, devido à formação precoce de um falso si-mesmo que promoveu uma integração artificial e se apresenta como real, são indivíduos cujas experiências iniciais foram tão deficientes ou distorcidas que o analista terá que ser a primeira pessoa na vida do paciente a fornecer certas coisas que são essenciais e que só podem ser oferecidas pelo que se chama ambiente suficientemente bom. O paciente não tem propriamente uma história, pois as descontinuidades traumáticas a que foi exposto quebraram, repetidas vezes, a sua continuidade de ser, tornando seu passado fragmentado e difícil de recompor temporalmente.

Um paciente meu, adulto relativamente jovem, que vivia uma total desesperança com relação à possibilidade de a vida fazer algum sentido

e de haver comunicação efetiva entre pessoas, disse-me certa vez: “Fui socializado antes de me tornar uma pessoa. Sei e cumpro muito bem o que se espera de mim, mas nada, jamais, fez qualquer sentido. Sempre me senti isolado, do lado de fora da província humana; não me sinto real, não sinto o mundo ou os outros reais. Não tenho história. Não sei por que vivo ou continuo vivendo”. Esse homem não tinha problemas com o princípio de realidade, mas padecia da falta do sentido de real.

Desde essa perspectiva, é natural que sejam cruciais as diferenças no *setting* analítico e na tarefa terapêutica caso o paciente seja neurótico ou psicótico. No que se refere ao método, por exemplo, a interpretação que é necessária ao paciente neurótico para elucidar os conteúdos inconscientes reprimidos pode ser, no caso do psicótico, altamente invasiva e, extrapolando a sua capacidade maturacional, repetir o padrão de fracasso ambiental, na medida em que o ambiente falha na comunicação pessoal e se mostra incapaz de identificar-se com o paciente. Além disso, uma interpretação no sentido tradicional pode se constituir em invasão traumática por destacar, antes do tempo, a existência externa e separada do analista e, além disso, por remeter a um eu que ainda não está lá para ser encontrado. Nos casos de psicose, a ênfase do tratamento recai sobre o manejo da situação clínica, em especial se o paciente se encontra em estado de regressão à dependência e só pode se relacionar com o analista enquanto objeto subjetivo.

A REGRESSÃO À DEPENDÊNCIA

Tendo em vista a natureza da psicose e a necessidade do paciente que dela padece, Winnicott afirma, de maneira bastante incisiva, que, no caso das patologias psicóticas, caso se queira chegar ao problema efetivo do paciente, a regressão à dependência é necessária.

Mas, como se sabe quando um paciente necessita regredir à dependência? O paciente começa a apresentar uma suscetibilidade aguda com relação à qualidade da presença/ausência do analista; começa, além disso, a usar a provisão especial que este lhe fornece para, mesmo que momentaneamente, tornar-se dependente, desintegrado

ou fora de contato, para enlouquecer, como mostrarei adiante, ou para deixar-se estar em estado de amorfia, de um modo que não lhe foi possível no início da infância, quando o estado a que tinha direito era o da não-integração, o que só é possível em condições de dependência máxima (1963c/1983, p. 205).

E o que é preciso fazer para permitir a dependência, caso ela se revele uma necessidade? A resposta é que não há nada de específico a fazer a não ser o oferecimento de um *setting* analítico cuja característica central é a confiabilidade, capaz de prevenir imprevisibilidades e de estar preparado para receber e cuidar, sem susto, da fase regressiva que venha a surgir¹. Se a necessidade do paciente é a de retornar ao ponto em que seu amadurecimento pessoal foi paralisado, sendo dadas as condições especiais do *setting*, de confiabilidade e consistência pessoal do analista, ele regredirá. Assinalo ainda que, ao dispor-se a cuidar de uma regressão à dependência, o analista deve estar disposto a suspender, por tempo indeterminado, o uso de seu sofisticado e intrincado saber psicanalítico, que foi sempre seu instrumento de trabalho, para ater-se, não aos interessantíssimos nexos simbólicos que podem ser traçados a partir da interpretação do inconsciente na transferência, mas ao mais simples, ao detalhe específico que o paciente traz ou do qual necessita. No que se refere aos psicóticos, é preciso dizer que o mais fidedigno instrumento de trabalho é a própria pessoa do analista, seu interesse pessoal pela pessoa do paciente e sua capacidade de identificar-se com este.

E a que serve propriamente a regressão à dependência? A necessidade mais geral é refazer um começo que, de tão insatisfatório, não foi capaz de possibilitar, ao indivíduo, o sentimento de que a vida vale a pena ser vivida. Mais especificamente, essas pessoas precisam retornar a um momento anterior ao trauma, para resgatar o fio perdido da esperança e da espontaneidade; precisam ainda, uma vez regredidas, poder experimentar, talvez pela primeira vez em suas vidas, e durante o tempo necessário, a sustentação dada por um ambiente regular, previsível, de tal modo que, confiando aos poucos na sustentação, elas possam, com o tempo, adquirir a capacidade de “acreditar em...”, de “poder contar com...” e então, a partir dessas condições favoráveis, poder retomar a linha do amadurecimento.

Tudo isso está longe de ser fácil. Em geral, essas pessoas não viveram essa experiência de confiabilidade ou a viveram de modo tão deficiente que não têm registro experiencial dessa sustentação; ao contrário, abrigam em si o temor permanente de desintegrar-se, de “cair para sempre”; ou a viveram e ela lhes foi repentinamente tirada, e elas não mais podem confiar, nem podem se permitir alguma esperança, porque esta é a vizinha imediata da decepção. Tais pessoas, no mais das vezes, passaram a vida se autossustentando ou vivendo na cabeça, ou se equilibrando de alguma forma numa falsa integração, que está sempre ameaçada de ruir. Podem até saber, intelectualmente, o que significa “contar com”, mas isso tem muito pouca validade.

Para que a experiência de confiabilidade se estabeleça, é preciso, às vezes, muito tempo e é por isso que, segundo Winnicott, há casos em que a única coisa a fazer é esperar, esperar e esperar (cf. 1965o[1958]/2005, p. 80). Naturalmente, há uma qualidade nessa espera e uma delas é o analista não se desesperar: o paciente, em virtude do medo imenso de começar a confiar, faz tudo para que desanimemos de modo que ele possa confirmar sua desesperança, refugiar-se de novo na organização defensiva, da qual já se tornou *expert*, e abandonar a luta. Há que se vencer vagarosamente a desconfiança e toda a autossustentação que ela implica, sem apelar para a compreensão intelectual do indivíduo. A outra qualidade da espera é não tentar “curar” o paciente. Ele *saberá imediatamente que tememos o seu estado e não o seguramos do modo como ele está*. A tarefa do analista é a de, silenciosamente, fornecer confiança. Uma paciente minha, que se sentava diante de mim, quis pôr no encosto da poltrona uma almofada fina e bem firme que estava disponível na sala de atendimento, devido a um problema recente na zona lombar. Na sessão seguinte, notei que ela teve uma ligeira decepção em não encontrar a almofada no lugar em que a pusera. Depois disso, estar a almofada lá era o sinal de que eu a estava esperando, que havia pensado nela e que preparara o seu lugar. Nunca precisamos falar sobre isso, mas eu cuidei que a almofada lá estivesse quando era o seu horário. Foi só quando melhorou que pôde me falar o quanto havia sido importante contar com esse gesto e cuidado.

O TRAUMA PRIMITIVO: AS AGONIAS IMPENSÁVEIS

Mas há ainda um outro aspecto acerca da necessidade que o paciente psicótico tem de regredir à dependência: diz respeito ao fato de que, nas condições especializadas do ambiente terapêutico, e experienciando a confiabilidade do analista, o paciente vê-se compelido a chegar à “loucura original” que nele habita sem ter sido propriamente experienciada. Explico: essa “loucura original” foi o fragmento de segundo em que o indivíduo, quando bebê, sofreu uma interrupção traumática da linha da existência, ou seja, perdeu momentaneamente a linha do ser em função de uma reação à falha ambiental. Em termos técnicos, ele sofreu uma agonia impensável. Cito Winnicott: “A morte para um bebê nos estágios iniciais significa algo bem definido, ou seja, a *perda do ser em razão de uma reação prolongada contra a intrusão ambiental*” (1988/1990, p. 156; os itálicos são meus).

Os bebês que sofreram interrupções traumáticas da linha do ser têm um prejuízo concreto muito difícil de reparar; carregam consigo, sem nenhuma consciência disso, agonias impensáveis: a memória latente, irrecuperável pela representação, de um desastre ocorrido com o seu eu (num momento em que ainda não havia um eu) e toda a sua vida dali para frente fica inconscientemente orientada no sentido de evitar a repetição do colapso^{II}. Em geral, eles se sentem esquisitos e têm pavores que não conseguem compreender.

Um exemplo de trauma primitivo – ou seja, de agonia impensável – é dado quando Winnicott assinala o fato de a realidade psíquica pessoal de um bebê pequeno ser ainda bastante frágil, o que significa que ele não é ainda capaz de manter vivo, em si mesmo, por tempo demasiado, o sentimento da presença da mãe e o de ele mesmo habitar num corpo. Diz Winnicott que, se a mãe se ausenta x tempo, o bebê fica inquieto; se ela se ausenta x + y, ele fica aflito; mas se ela se ausenta x + y + z de tempo, o sentimento de ela existir morre para o bebê e ele fica sem nada; cai numa espécie de vazio ou de irrealidade.

Uma das experiências que tive de atender a uma longa regressão à dependência foi com um paciente, com cerca de 40 anos, cujo lar na infância fora decididamente caótico. Durante alguns anos, no início da

análise, era-lhe muito difícil suportar o intervalo dos fins de semana. Em algum momento dessa fase, ele me relatou que, nesse intervalo, ele vivia, às vezes, momentos terríveis: perdia o contato comigo e consigo mesmo, e a realidade do que vivíamos ali na sessão tornava-se longínqua e irreal, como se nunca tivesse existido. “No sábado”, diz ele, “as coisas ainda existem, embora um pouco irreais, mas no domingo à tarde, perco tudo: é como se eu fosse lançado num vácuo, onde nada existe, o tempo parou e fico preso nesse lugar; não há nenhuma lembrança a que me agarrar, nenhuma realidade que faça sentido, e ficarei ali eternamente”. Foi com esse paciente que aprendi que não era exatamente de mim, como pessoa diferenciada, que ele sentia falta no final de semana. Tal como o bebê, ele precisava de mim, da minha presença viva e receptiva junto a ele, precisava ser visto por mim para entrar em contato consigo mesmo e ganhar realidade. Sem a minha intermediação, ele se perdia de si.

Winnicott distingue sete tipos de agonias impensáveis, como que para resguardar algumas especificidades, mas o mais certo é que elas todas se pertencem e surgem em conjunto^{III}. É difícil pôr em palavras o que são essas agonias, mas se pode certamente afirmar que não se trata de angústias pela perda do objeto ou pela perda do amor do objeto, uma vez que, no momento inicial, ainda não há objeto para ser perdido nem afetos configurados. Na verdade, não há nem mesmo um “sujeito” para sofrer alguma perda. Estas, quando delas se trata, constituem angústias *pensáveis*, como o são as angústias de castração. As agonias ditas impensáveis ocorrem num momento em que ainda não há nenhum si-mesmo unitário (um “eu”) que possa fazer disso uma experiência pessoal. Algo acontece – ou exatamente não acontece quando deveria ter acontecido – que obriga o bebê a reagir e, com isso, há uma quebra da continuidade de ser, mas o bebê, que ainda não existe como um si-mesmo unitário estabelecido, sofre o trauma sem, no entanto, poder abarcá-lo na experiência. Vê-se, contudo, lançado num estado confusional e/ou de irrealidade, que, apesar da gravidade, pode ser imperceptível para o observador^{IV}.

Imediatamente após o trauma, erige-se uma cisão defensiva: enquanto o si-mesmo verdadeiro, que é a sede da espontaneidade, recua, ficando isolado e inacessível, uma outra parte da personalidade se organiza de maneira falsa, pois defensivamente integrada a partir dos padrões

ambientais, e assume a tarefa de lidar com o mundo externo, adaptando-se às exigências e protegendo, desse modo, o verdadeiro si-mesmo, para que este não seja novamente atingido. Em torno da cisão, defesas mais específicas se organizam no sentido de alcançar uma espécie de invulnerabilidade, visando prevenir, para sempre e a qualquer custo, o retorno da agonia impensável. Aqui se forma um sistema defensivo que é, em suma, no que consiste a psicose para Winnicott.

O indivíduo, que de qualquer modo continua a crescer física e intelectualmente, vive a partir da casca, e não do cerne, e pode até “alcançar uma integração ilusória e falsa, ou seja, uma falsa força de ego, construída a partir de padrões do ambiente...” (1956a/1983, p. 395). Tornando-se puramente reativo e desprovido, portanto, do impulso criativo, o indivíduo não alcança viver ou sentir-se vivo; a despeito do sucesso que possa ter em sua vida profissional e social, o indivíduo permanece imaturo num sentido básico, fundamental. Como nenhuma experiência é vivida em primeira pessoa, instala-se um permanente sentimento de inutilidade da vida. Viver torna-se uma tarefa permanente de evitar o imprevisível. Esses indivíduos andam pelo mundo, dando muitas vezes a impressão de completa normalidade, mas ainda não existem como pessoas; são como que não-nascidos. Franz Kafka, que, ao que tudo indica, conhecia de perto essa situação, escreveu em seu diário: “Não ter nascido ainda e ver-se já obrigado a passear pelas ruas e a falar com as pessoas” (Kafka, 1985, p. 554).

É para esse estado de coisas que Winnicott alerta o analista quanto à possibilidade de este se enganar, pois o que se apresenta na clínica, e que aparenta no mais das vezes ser uma neurose, com novela familiar e tudo, nada mais é do que o ambiente internalizado. É nesses casos, afirma o autor, que conseguimos mais êxito:

ao reconhecer a não-existência do paciente do que ao trabalhar longa e continuamente com o paciente na base de mecanismos de defesa do ego. [...] Esse trabalho infrutífero só é encurtado com êxito quando o analista apontar e especificar a ausência de algum aspecto essencial: “Você ainda não tem boca”, “Você ainda não começou a existir”, “Fisicamente você é um homem, mas não sabe, por experiência, nada sobre sua masculinidade”, e assim por diante. Esses reconhecimentos de um fato

importante, tornados claros no momento exato, abrem caminho para a comunicação com o si-mesmo verdadeiro. (1965m[1960]/1983, p. 139)

O MEDO DO COLAPSO

O que nos chega na clínica é esse sistema defensivo altamente organizado e rigorosamente mantido. Por trás de todas as defesas, existe uma ameaça permanente de confusão, de desintegração. Em certos casos, passam-se anos até que se consiga um pequeno afrouxamento da organização defensiva; em outros, aparecem brechas no sistema, em geral sob a forma de um fenômeno de alta complexidade, que Winnicott chama de “medo do colapso” (*fear of breakdown*): o paciente relata sentir-se permanentemente ameaçado por um perigo que o espreita na próxima esquina; há sempre um desastre eminente à sua espera: morte, loucura, cegueira, vazio, desorganização, empobrecimento irremediável. O termo “*breakdown*” foi escolhido por ser vago o suficiente para abranger as várias modalidades do medo, mas a expressão *fear of breakdown* aponta para o fato de que o indivíduo vive ameaçado pela potencial desintegração da organização defensiva falsamente erigida.

A questão difícil e complexa de ser pensada consiste em que, ao mesmo tempo em que toda a vida do indivíduo é inconscientemente organizada para evitar a repetição do ocorrido, é preciso dizer que o desastre não aconteceu propriamente, ou como diz Winnicott: “essa coisa do passado ainda não aconteceu porque o paciente não estava lá para que acontecesse” (1974/1994, p. 74). “Não estava lá” significa que o indivíduo ainda não existia como um “eu” que pudesse fazer propriamente a experiência do trauma, em primeira pessoa.

Sendo da ordem do impensável, por ocorrer previamente ao início do funcionamento intelectual e também por não ser passível de representação, o trauma original não tem como ser recordado; não pode, portanto, ser buscado como se estivesse perdido ou desfigurado nas dobras do inconsciente reprimido; os analistas não podem esperar encontrá-lo como resultado do trabalho que reduz as forças de repressão, pois não se trata de material censurado.

O paciente, contudo, precisa aproximar-se dessa “loucura” que nele habita, e, como não a pode recordar, terá que a reviver, pois, diz o autor, as agonias impensáveis *não podem chegar a pertencer ao passado a menos que possam ser experienciadas pela primeira vez no presente*. Isso significa que o paciente precisa atualizar o trauma, trazê-lo para o presente e revivê-lo, e ele o fará – uma vez tendo retornado, por via de uma regressão à dependência a um momento anterior ao trauma, e sendo-lhe oferecida a experiência de alta confiabilidade do *setting* – usando uma falha qualquer do analista – e, como humanos e imperfeitos que somos, ela sempre acontece –, uma falha que possa agora, reproduzindo a falha ambiental original, ser experienciada, pela primeira vez, e percebida, com a ajuda do analista, como *falha do ambiente*. Note-se que, aqui, a falha do analista, que às vezes é maximizada pelo paciente de maneira delirante (*delusional*), assim o é por ser uma falha relativa à dependência, ou seja, relativa à extrema suscetibilidade em que o paciente se encontra. Uma falha grosseira e inteiramente objetiva não vale para esta finalidade). Se o analista sobrevive ao enfrentamento e não se defende, mas recebe e leva em conta o sentimento expresso pela queixa e pela acusação que o paciente lhe faz, este poderá, pela primeira vez, ter raiva, zangar-se e assim responsabilizar, por meio do analista, o ambiente original que impediu a continuidade de seu processo de amadurecimento. Naturalmente, isso só pode acontecer nas condições especiais de um *setting* analítico no qual, em virtude de se ter construído um alto grau de confiabilidade, o paciente se permite, com o suporte do analista, a loucura que só é permitida aos bebês.

Tudo isto, diz Winnicott, tem em si o germe da cura. É um processo de autocura que necessita, no entanto, da ajuda do analista (1963c/1983, p. 205). Este, naturalmente:

fica perplexo por descobrir que o paciente é capaz de ficar cada vez mais louco, durante alguns minutos ou por uma hora no *setting* do tratamento, e, às vezes, a loucura se espalha por sobre os limites da sessão. Exige considerável experiência e coragem saber onde se está, nessas circunstâncias, e perceber o valor que tem, para o paciente, chegar cada vez mais próximo de X [a loucura original] que pertence a este paciente individual. Entretanto, se o analista não for capaz de olhar para isto desta

maneira – mas, por medo, por ignorância ou pela inconveniência de ter em suas mãos um paciente tão enfermo, ele tende a desperdiçar estas coisas que acontecem no tratamento – ele não poderá curar o paciente. Ele constantemente se descobre corrigindo a transferência delirante (*delusional*) ou, por uma maneira ou outra, trazendo o paciente de volta à sanidade, ao invés de permitir que a loucura se torne uma experiência administrável, da qual o paciente possa efetuar uma recuperação espontânea. (1989vk[1965]/1994, p. 101)

Um pouco antes, nesse mesmo texto, encontra-se a afirmação de que, se num caso como esse, aborda-se a situação com uma premência psiquiátrica de curar, “a finalidade do colapso perde-se por completo já que, ao enlouquecer, o paciente persegue uma finalidade positiva e seu colapso não é tanto uma doença senão um primeiro passo em direção à saúde” (1989vk[1965]/1994, p. 99).

Seja como for, é importante lembrar que, se o indivíduo é capaz de aproximar-se clinicamente da agonia impensável, é porque já há ali uma certa organização de ego, ou, melhor dizendo, um si-mesmo cujo nível de integração torna-o capaz de abarcar e elaborar esses traumas primitivos.

O ANALISTA E A REGRESSÃO À DEPENDÊNCIA

Winnicott diz que, em nosso trabalho terapêutico com pacientes psicóticos, temos às vezes dúvidas sobre ser a bondade ou a maldade o que nos motiva, pois, muitas vezes, precisamos tornar doentes pessoas que são bem-sucedidas, que funcionam bem em suas vidas e em suas famílias, e temos que as deixar doentes ao menos por um período de tempo; como parte do tratamento, o paciente terá que passar por um colapso, ou seja, pela quebra da organização defensiva artificial na qual ele passa a vida se equilibrando. Nesses casos, o analista precisará ser capaz de exercer o papel de mãe para o lactente do paciente.

Winnicott ilustra este ponto com o caso de uma mulher de 40 anos, sua paciente, que havia se tornado uma vitoriosa executiva no mundo dos negócios, desprezava os homens e dedicara a vida a provar que nada lhe

faltava. E, finalmente, diz o autor, “com o passado sendo todo apagado, esta pessoa muito doente, com um falso si-mesmo bem-sucedido, veio fazer tratamento. Ela veio para poder ter um colapso, para encontrar sua própria esquizofrenia, no que foi bem-sucedida” (cf. 1965l[1960]/2005, p. 98). Winnicott entrou em contato com o médico que a acompanhava e lhe disse “que se o tratamento andasse bem, ela entraria em crise e precisaria de cuidados” (cf. 1965l[1960]/2005, p. 99).

Assim como para o cuidado da mãe suficientemente boa, também para o cuidado terapêutico, em especial o que se ocupa de uma regressão à dependência, a palavra-chave é confiabilidade. Para dar a dimensão da confiabilidade que é necessária ao trabalho terapêutico, Winnicott afirma que, no trabalho analítico, cuidamos de ser confiáveis num sentido que só podemos sustentar no espaço estrito de nosso trabalho profissional. Pela confiabilidade, protegemos nossos pacientes do imprevisível, tanto com relação ao ambiente geral quanto na consistência em sermos nós mesmos e continuarmos a sê-lo em meio às inúmeras variações a que a relação está sujeita pela própria vida e pelo próprio movimento e crescimento do paciente. Pela confiabilidade, estamos ainda atentos para que toda ação terapêutica seja guiada pela necessidade do paciente, e não pela do analista ou da sua teoria.

Isso tudo está relacionado com o valor de sobrevivência do analista. No vocabulário clínico de Winnicott, confiabilidade e sobrevivência são duas palavras que se intercambiam. Um aspecto essencial da sobrevivência é não trair o pacto silencioso da dependência. O inadmissível é permitirmos ao paciente que ele mostre a sua imaturidade e, de repente, flagrarmos a dependência, interpretando-a como se se tratasse de uma infantilidade a ser superada. Ou seja, no momento em que o bebê do paciente aparece para mostrar a dor e o medo, no mais das vezes desprovidos de lógica, falamos com o adulto que ali está a nossa frente apontando para dados da realidade. Isso seria uma traição, o exato avesso da confiabilidade.

Notas Finais

I - Sobre a questão da confiabilidade no *setting* analítico, cf. Dias, 2011.

II - Naturalmente, o conceito de inconsciente que aqui se necessita não é o inconsciente

reprimido da psicanálise tradicional, formação demasiadamente sofisticada para o fenômeno que está em pauta. Pode-se falar, como algumas vezes diz Winnicott, de inconsciente primário ou originário, no sentido de que este diz respeito a experiências que são anteriores ao funcionamento mental e, portanto, ao que não é passível de representação, e ainda porque tende ao esquecimento e não à repressão. Loparic cunhou a expressão “inconsciente não-acontecido”, relativo aos traumas, que é quando algo deveria ter acontecido, a saber, uma resposta ao gesto espontâneo do bebê, e não aconteceu; repetidas vezes, o gesto caiu no vazio.

III - Encontra-se a menção de 5 tipos de agonias impensáveis no texto *O medo do colapso* (cf, 1974/1994, p. 72) e alguns desses tipos estão repetidos em outros textos. São elas: medo do retorno a um estado de não-integração, de cair para sempre, da perda da coesão psicossomática, da perda do sentido de real e da perda da capacidade para relacionar-se com objetos. Achei 2 outros tipos, ligeiramente distintos dos 5 anteriores; o primeiro, referido ao medo de um “completo isolamento devido à inexistência de qualquer forma de comunicação” (1968d/1998, p. 88) e o segundo, que é o medo de uma total “ausência de orientação” (1968c[1967]/1994, p. 155).

IV - O fato de esse tipo de trauma primitivo ser imperceptível para o observador torna discutível o liame estreito que muitas vezes se tece entre a teoria winnicottiana e a técnica de observação de bebês de Esther Bick.

REFERÊNCIAS¹

- Dias, E. O. (2011). Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica. In E. Dias, *Sobre a confiabilidade e outros estudos*. São Paulo: DWW editorial.
- Kafka, F. (1985). *Journal de Kafka*. Paris: Bernard Grasset.
- Loparic, Z. (2000). A moralidade e o amadurecimento. *Anais do IX Encontro Latino-Americano sobre o pensamento de D. W. Winnicott*, pp. 300-316.
- Winnicott, D. W. (1975). A localização da experiência cultural. In D. Winnicott (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967b)
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965b. Título original: The Maturation)

1 – Nota: A citação das obras de Winnicott neste artigos, inclusive as que se encontram no corpo do texto, segue a bibliografia compilada pelo Prof. Dr. Knud Hjulmand, do Departamento de Psicologia da Universidade de Copenhague, cujo critério é o ano da primeira publicação do artigo ou do livro do autor. No corpo do texto, após a menção do ano de publicação, no original, cito a página em que citação pode ser encontrada nas edições brasileiras. A bibliografia feita pelo Prof. Dr. Hjulmand foi reproduzida em *Natureza humana* – Revista de Filosofia e Psicanálise, vol. 1, n. 2, 1999. Consta, também, no seguinte endereço da Internet: www.winnicottnaturezahumana.com.br. Sempre que possível, comparei as traduções brasileiras com os originais e, quando necessário, procedi a correções que, entretanto, não foram explicitamente indicadas.

- Processes and the Facilitating Environment)
- Winnicott, D. W. (1983). Formas clínicas da transferência. In D. Winnicott (1983/1956a), *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1956a)
- Winnicott, D. W. (1983). Os doentes mentais na prática clínica. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963c)
- Winnicott, D. W. (1983). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965m[1960])
- Winnicott, D. W. (1987). *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984a. Título original: Deprivation and Delinquency)
- Winnicott, D. W. (1987). Ausência do sentimento de culpa. In D. Winnicott (1987/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984b[1966])
- Winnicott, D. W. (1988). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987a. Título original: Babies and Their Mothers)
- Winnicott, D. W. (1988). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In D. Winnicott (1988/1987a), *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968d)
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1988. Título original: Human Nature)
- Winnicott, D. W. (1994). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989a. Título original: Psychoanalytic Explorations)
- Winnicott, D. W. (1994). O medo do colapso. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1974)
- Winnicott, D. W. (1994). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989vk[1965])
- Winnicott, D. W. (1994). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1968c[1967])
- Winnicott, D. W. (1994). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1970b[1969])
- Winnicott, D. W. (2000). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (D. Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958a. Título original: Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis)
- Winnicott, D. W. (2005). O efeito da psicose na vida familiar. In D. Winnicott (2005/1965a), *A família e o desenvolvimento do indivíduo*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965l[1960])
- Winnicott, D. W. (2005). *A família e o desenvolvimento individual* (M. B. Cipolla, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965a. Título original: The Family and Individual Development)

Winnicott, D. W. (2005). A família afetada por doença depressiva em um dos pais ou em ambos. In D. Winnicott (2005/1965a), *A família e o desenvolvimento do indivíduo*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965o[1958])

Title: Winnicottian's clinic of psychosis: the resumption of maturation

ABSTRACT

The understanding of psychic disorders as disorders of the individual's personal maturation process, taking into consideration the fact of initial dependence, entails clinical implications that change the conception of the traditional analytical setting and of the analytical task. Highlighting meaningful differences between the traditional analytical setting, which theoretical frame is given by Freudian's psychosexual development theory and the setting that is oriented by maturation's theory, created from the study of primitive stages and of psychosis, the study approaches central aspects of winnicottian clinic of psychosis, in special, the concepts related to the unthinkable agonies, the fear of collapse and the therapeutical use of the analyst's flaw.

Keywords: Winnicott • psychosis • analytical tasks • unthinkable agonies • fear of collapse • analyst's flaw.



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

A «Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica: Se..., Não... » publica artigos originais do campo disciplinar, científico e praxiológico (clínica e aplicação) da Psicanálise e da Psicoterapia Psicanalítica e textos que expressem a rica diversidade de interfaces entre estes domínios e os outros ramos da cultura, da ciência e da arte.

Regemo-nos por um sistema de arbitragem anónima por avaliadores externos (referees), através de um procedimento de Double Blind (duplamente cego): neste processo os intervenientes (autores, revisores e gestores de artigo) são tornados anónimos. O artigo é enviado para três Pares Revisores, que o examinam e arbitram sobre a sua qualidade. O editor enviará ao autor informação sobre a eventual aceitação para publicação; Reformulação e submissão para nova avaliação por pares; ou não aceitação. No caso de reformulação, os autores receberão os pareceres e recomendações dos Pares Revisores e deverão proceder às alterações recomendadas.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

Deverão ser enviados para o editor da revista dois ficheiros:

- No primeiro constará a identificação dos autores (num máximo de seis), com o nome, habilitações literárias, categoria profissional, instituição (s) onde exercem funções e os contactos (morada, e-mail e telefone).
- No segundo, devem ser apresentados o artigo integral, com o título em português e inglês, o resumo e as palavras-chave, abstract e key-words, mas sem quaisquer elementos que façam referência explícita ao autor.

NORMAS GERAIS DE FORMATAÇÃO

- Os artigos não deverão ultrapassar as 15 páginas (salvo algumas exceções), já incluindo referências, notas, tabelas, e figuras. Os últimos três elementos deverão ser evitados, exceto quando forem indispensáveis para a compreensão do texto.
- O texto deve ser apresentado em ficheiro Word, ou em formato RTF

(Rich Text Format), com letra Times New Roman ou similar, tamanho 12, espaço 1,5, sem formatação, em páginas A4 e com coluna única. Deve-se evitar negritos, sublinhados, variação de tipo de letra, fundos de cor, etc.

– O corpo do texto deve ser precedido pelo título, um resumo entre 150 e 200 palavras e quatro a seis palavras-chave. O título, resumo e palavras-chave deverão ser apresentados na língua portuguesa e inglesa.

– Só são aceites notas de rodapé na primeira página do artigo relativas ao título e à identificação do autor. Estas notas são identificadas por numeração árabe em vez de asterisco.

– Todas as outras notas, apresentadas apenas quando forem consideradas essenciais, são reunidas no final do texto como notas finais antes das referências.

– As fotografias, figuras, esquemas e gráficos devem ter um título e ser enumeradas por ordem de inclusão no texto.

REGRAS DE CITAÇÃO E DE REFERENCIAÇÃO

As regras de citação e de referenciação devem ser elaboradas de acordo com as normas sugeridas pela A.P.A. (American Psychological Association).

A CORRESPONDÊNCIA EDITORIAL E SUBMISSÃO DE TEXTOS DEVE SER ENVIADA PARA:

Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica
Rua António Pedro, 127, 3º
1000-037 Lisboa
E-mail: apiresseven@gmail.com