

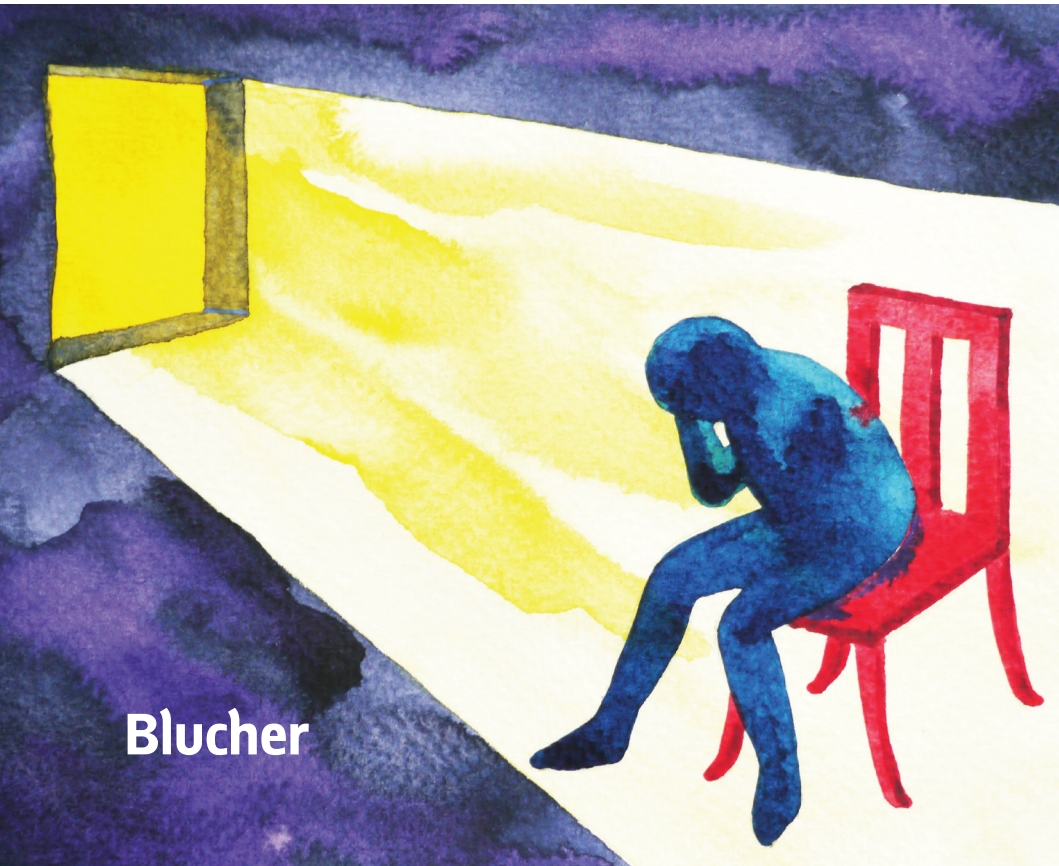
Luís Claudio Figueiredo

Nelson Ernesto Coelho Junior

Colaboração: Paulo de Carvalho Ribeiro e Ivanise Fontes

Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura

Matrizes e modelos em psicanálise



Blucher

ADOECIMENTOS
PSÍQUICOS E
ESTRATÉGIAS DE CURA

Matrizes e modelos em psicanálise

Luís Claudio Figueiredo

Nelson Ernesto Coelho Junior

COM A COLABORAÇÃO DE

Paulo de Carvalho Ribeiro

Ivanise Fontes

Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise
© 2018 Luís Claudio Figueiredo e Nelson Ernesto Coelho Junior
Editora Edgard Blücher Ltda.

Imagem da capa: iStockphoto

Blucher

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar
04531-934 – São Paulo – SP – Brasil
Tel.: 55 11 3078-5366
contato@blucher.com.br
www.blucher.com.br

Segundo o Novo Acordo Ortográfico, conforme
5. ed. do *Vocabulário Ortográfico da Língua
Portuguesa*, Academia Brasileira de Letras,
março de 2009.

É proibida a reprodução total ou parcial por
quaisquer meios sem autorização escrita da
editora.

Todos os direitos reservados pela Editora Edgard
Blücher Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação
na Publicação (CIP)
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

Figueiredo, Luís Claudio

Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura :
matrizes e modelos em psicanálise / Luís Claudio
Figueiredo, Nelson Ernesto Coelho Junior ; com a
colaboração de Paulo de Carvalho Ribeiro, Ivanise
Fontes. – São Paulo : Blucher, 2018.

304 p. (Série Psicanálise Contemporânea / Flávio
Ferraz, coord.)

Bibliografia
ISBN 978-85-212-1266-9

I. Psicanálise 2. Doenças mentais I. Título.
II. Coelho Junior, Nelson Ernesto. III. Ribeiro, Paulo
de Carvalho. IV. Fontes, Ivanise.

17-1640

CDD 150.195

Índice para catálogo sistemático:
1. Psicanálise

Conteúdo

Introdução	9
<i>Luís Claudio Figueiredo e Nelson Ernesto Coelho Junior</i>	
Preliminares à consideração das matrizes	27
<i>Luís Claudio Figueiredo</i>	
A matriz freudo-kleiniana	41
<i>Luís Claudio Figueiredo</i>	
A matriz ferencziana	117
<i>Nelson Ernesto Coelho Junior</i>	
Estratégias e táticas de cura na psicanálise contemporânea transmatricial	187
<i>Luís Claudio Figueiredo</i>	

ANEXOS	251
O pensamento de Laplanche diante das matrizes freudo-kleiniana e ferencziana <i>Paulo de Carvalho Ribeiro</i>	253
Pierre Fédida, um autêntico ferencziano <i>Ivanise Fontes</i>	287

Preliminares à consideração das matrizes

Luís Claudio Figueiredo

Antes de reiniciarmos nossa trajetória, convém retomar a tese principal: encontram-se, na literatura psicanalítica, duas grandes matrizes para a compreensão dos adoecimentos psíquicos.

A uma, que sem sombra de dúvida é a fundante e central, chamaremos de *matriz freudo-kleiniana*, centrada nas angústias e nos inúmeros mecanismos de defesa contra elas, sendo que os adoecimentos ocorrem justamente em virtude do relativo sucesso de tais defesas. A pressuposição básica é que as atividades defensivas são, de certa forma, inesgotáveis, ainda que tragam prejuízos mais ou menos graves para o funcionamento do psiquismo: por piores que sejam o sofrimento e a dor, haverá sempre um recurso defensivo disponível, como nos alerta Green.

Cabe assinalar que o psicanalista francês fará um grande esforço no sentido de encontrar um lugar legítimo para o negativo – o que inclui a ausência de atividade, o apagamento do ativo, o vazio – no seio da matriz freudo-kleiniana. Daí decorre a sua necessidade de rediscutir o conceito de “pulsão de morte” de forma

a não reduzi-la à agressividade e à destrutividade, como tende a ocorrer em Melanie Klein e mesmo em certos momentos dos textos freudianos. Tal redução coloca a pulsão de morte do lado das atividades defensivas, ignorando um outro lado, talvez mais original, como veremos a seguir.

A outra matriz supõe, ao contrário, que há modalidades e intensidades de sofrimento e dor que ultrapassam as capacidades ativas do psiquismo, deixando-o provisoriamente ou definitivamente inerte, em estado de morte ou quase morte, com a morte em suspensão (Ferenczi), reduzindo, assim, o psiquismo a uma condição de passividade. É nesse sentido que a “pulsão de morte” se revela comprometida com a tendência à inércia, à passividade do morto, ao desligamento da vida e de suas conexões. Acreditamos que é nessa acepção que Ferenczi pode afirmar que, nos estágios iniciais de seu processo de vida, ainda muito próximo do não ser, no bebê recém-nascido predominam suas pulsões de morte. Apenas uma oferta prodigiosa de amor e acolhimento poderá, nesse momento, se contrapor à tendência regressiva ao inerte.

Mesmo quando aí se produzem “movimentações” em que se poderiam identificar processos defensivos, trata-se, no melhor dos casos, de “defesas passivas”, como é o caso da clivagem, que deixa uma parte morrer para que o resto sobreviva, fenômeno que o psicanalista húngaro denominou *autotomia*. A essa matriz, suplementar à outra e que não a torna obsoleta, chamamos de *matriz ferencziana*.

A cada uma dessas grandes matrizes estão associados diferentes modelos de adoecimento e, correlativamente a eles, podem ser delineadas distintas direções de cura. Ou seja, as diferentes estratégias e táticas da “terapia psicanalítica” se organizam em resposta às duas grandes matrizes de adoecimento, uma trabalhando com

angústias e defesas, outra focalizando as experiências da “morte dentro” (*death inside*, um termo de Winnicott) – o tédio, as depressões inexpressivas e as apatias, o senso de futilidade, as patologias do vazio etc. –, tendo como objetivo primário a reanimação psíquica, a “revitalização”, a reconstituição de tecidos ou estruturas mortificadas. Ora, e aqui já avançaremos um pouco mais na proposta, a chamada “revitalização” – a reanimação psíquica e a reabilitação de estruturas e funções esclerosadas – não se confunde com procedimentos tonificadores, algo que se pareça a uma “injeção de ânimo”. Trata-se, isso sim, de escutar e responder empática e vivamente às mais incipientes manifestações de vida psíquica que ainda subsistem, sepultadas debaixo das partes mortas ou entorpecidas da vida psíquica. Serão, como veremos bem mais adiante, os campos dos jogos, das brincadeiras e, em especial, do humor que estarão no centro dos processos de “revitalização”.

Sugerimos também que os diversos pensamentos teórico-clínicos que caracterizam a psicanálise contemporânea procuram articular entre si essas duas matrizes, sendo que nessa empreitada dois autores se tornaram de grande valia, seja por suas afinidades, seja por representarem bem os legados das duas matrizes mencionadas: Bion e Winnicott.¹

Dito isso, passemos adiante.

1 Um texto recente de Robert Hinshelwood (2015) vai na mesma direção de apontar afinidades e assinalar divergências devidas a Bion e Winnicott representarem duas heranças, dois legados distintos no campo da psicanálise. Embora sua análise não coincida inteiramente com a nossa, há certamente uma boa convergência de perspectivas.

Algumas suposições antropológicas de base: o potencial angustiante e a passividade originária (a passividade-desamparo)

Sem a pretensão de dizermos algo novo, comecemos recordando o que, em nossa condição universal, inscreve as experiências da *angústia* e da *agonia* em seu fundamento. Procuraremos, ao mesmo tempo, encontrar uma raiz comum às duas matrizes de adoecimento psíquico.

De início, vejamos a prematuração e seus desafios, o que nos obriga a considerar o entrelaçamento inextricável entre “saúde” e “doença” e a necessidade de redefinirmos os próprios termos dessa situação de base. Antes, uma advertência: a literatura sobre o tema da prematuração é imensa e não será neste momento retomada, posto que o propósito exclusivo do que se segue será o explicitado no parágrafo anterior.

Em função de o nascimento humano se dar no quase absoluto desamparo, lançando o recém-nascido na quase absoluta dependência do meio ambiente e de seus elementos privilegiados, isto é, do fato de nascermos imersos em uma quase absoluta *passividade*,² abre-se o campo para uma espécie de “desadaptação” estrutural. É justamente isso que vem a constituir uma situação indefinida e não decidida em nossa condição, permanentemente transitando entre doenças e saúde, termos que precisarão ser aqui introduzidos, ainda à espera de uma breve reconsideração.

2 Nem o desamparo, nem a dependência, nem a passividade-desamparo podem ser considerados absolutos, mas provavelmente predominam com intensidade nos momentos inaugurais da vida em que os recursos egoicos são inexistentes ou muito limitados.

Em primeiro lugar, precisamos de uma concepção integrada e não normativa de saúde, isto é, a saúde concebida não como *estado*, mas como *processo* (Figueiredo, 2014a). Cabe, também, dissolver a simples oposição entre doença e saúde, encontrando o lugar das doenças nos processos de saúde; tais processos comportam paradas e regressões, desvios e extravios passageiros que caracterizarão “momentos de adoecimento”. Em bebês, crianças e adolescentes, tais “adoecimentos saudáveis” são muito evidentes e conhecidos. Em todas as idades haverá momentos desta natureza, dando aos processos de saúde uma complexidade imensa e uma evolução nada linear. É o caso, por exemplo, de nossas reações a vacinas, mas algo equivalente pode ser encontrado mesmo na ausência de uma vacinação premeditada, como quando as crianças pequenas começam a frequentar a escolinha infantil e de lá voltam com as chamadas “doenças da infância” ou meros resfriados. Como sabemos, tais adoecimentos são a regra e, mais que isso, são necessários para a produção de anticorpos que farão parte dos processos de saúde dos indivíduos.

Há situações, porém, em que os adoecimentos, mesmo aqueles que poderiam fazer parte dos processos de saúde, ganham a capacidade de “fixar-se” e crescer, gerando verdadeiras interrupções nos processos de saúde, regressões mais ou menos definitivas, desorganizações perigosas. Trabalharemos, ao longo de todo o texto, com esta ideia fundamental: adoecimentos somáticos ou psíquicos – e é discutível se nos valerá a pena sustentar essa distinção – serão sempre interrupções mais ou menos graves nos processos de saúde. Em alguns casos, supomos que tais interrupções ocorram de forma muito radical e bem no início da vida, “desligando” uma área do psiquismo, deixando-a deserta.

Veremos, igualmente, que pode se gerar aqui um paradoxo: tais interrupções assumem, muitas vezes, a forma de “fugas para a

saúde”, isto é, de tentativas precipitadas de se defender de alguma ameaça aos processos de saúde que, contraditoriamente, os interrompem. Trata-se, efetivamente, de uma tentativa de encontrar uma espécie de “atalho para a saúde” em que se economizaria o trabalho e o custo que a saúde requer da unidade somatopsíquica.

Tentemos agora refazer nosso caminho para torná-lo um pouco mais inteligível.

Começemos focalizando o desamparo da prematuração, isto é, a dependência e o domínio das necessidades, situação de base em que um recém-nascido – de uma forma fundamentalmente passiva – requer cuidados essenciais. Diga-se, de passagem, que essa passividade-desamparo originária – posto que não absoluta – estará nos fundamentos da outra matriz, a ferencziana, como se verá adiante. No momento, porém, o que nos reterá é a extrema vulnerabilidade do recém-nascido, que é correlativa à sua extrema dependência.

É no contexto da dependência e sob o domínio das necessidades básicas que se pode dar a instalação da “saúde” entendida como um “processo de saúde”: o que está em jogo é a instalação das *capacidades de trabalho* somatopsíquico necessárias à metabolização em sentido amplo, às elaborações nos planos orgânico, intrapsíquico, intersubjetivo e coletivo/cultural. No plano predominantemente psíquico, são essencialmente capacidades de trabalho inconsciente, como as que Freud começou a examinar em termos de “trabalho de sonho”, “trabalho de chiste” e “trabalho de luto”, ao que outros acrescentaram os “trabalhos da criação”, os “trabalhos do morrer” etc. (Figueiredo, 2014b). No conjunto, o que está em jogo são os processos de simbolização e subjetivação.

Ao tratar dos processos de saúde como algo a ser plenamente instalado (mesmo que, acompanhando Winnicott, reconheçamos uma potencialidade inata para seu desenvolvimento), abrimos também a possibilidade de considerar a sua ausência, ou a sua

“desinstalação”. Tais capacidades incipientes de trabalho somatopsíquico, ainda que fortes e resilientes como a criatividade primária winnicottiana, podem vir a ser extintas ou congeladas, por falta das condições ambientais adequadas, e mesmo aniquiladas, em condições especialmente hostis; em casos assim, dá-se uma interrupção definitiva da saúde como processo. No primeiro caso, o da não instalação plena, estaríamos, mais obviamente, diante da situação do “trauma precoce”, mas, mesmo no segundo – a sua desinstalação –, se o aniquilamento das capacidades de trabalho for profundo e extenso, o efeito de interrupção pode ser tão drástico que vai funcionar da mesma maneira, não importando a idade do sujeito traumatizado. De qualquer forma, os adoecimentos psíquicos daí decorrentes nos exigirão considerar a matriz ferenciana e a problemática associada à morte ou a estados de quase morte do psiquismo, de forma a poder enfrentar a inoperância das capacidades de sonhar, brincar, fazer o luto, criar e... morrer. Eis que se descobre que a morte psíquica impede a cabal tramitação do morrer, que, afinal de contas, ainda pertence aos trabalhos psíquicos inconscientes que nos são exigidos enquanto vivos e em nossos processos de saúde!

Retornemos à matriz freudo-kleiniana, em que a experiência da angústia é central, sendo que, convém recordar, a *angústia é a resposta do que está vivo quando se sente ameaçado de morte*. O que estamos propondo é que a condição de prematuração (e dependência) traz consigo tais ameaças e introduz a angústia no cerne da condição humana. Na verdade, podemos pensar a prematuração tanto como uma condição inicial da vida em nossa espécie – um estado – quanto como uma condição estrutural – a própria estrutura de nossa situação de incompletude e relativo despreparo, vale dizer, de relativa dependência. É nesse segundo sentido que um “trauma precoce” pode ocorrer em qualquer idade.

É em relação a essa condição de “prematuração intrínseca” que podemos identificar alguns aspectos relevantes em termos de situações angustiantes. É o momento de tratarmos dos desajustes estruturais a que aludimos antes.

Assinalemos, em primeiro lugar, desproporção entre, de um lado, a magnitude das forças externas (estímulos sensoriais) e internas (necessidades e impulsos) e, de outro, as capacidades somatopsíquicas para delas se defender e com elas lidar. São as capacidades de trabalho anteriormente referidas ainda em estado potencial, mas débeis.

Em segundo lugar, aludimos à total ausência de correspondência temporal entre a imaturidade de um recém-nascido e as ancestralidades que o habitam e com que se defronta: o ente mais imaturo e grandemente despreparado (ainda que alguma preparação já opere aí, como nos apontam etólogos e neurocientistas) há de se haver com o que de mais antigo existe em si mesmo e ao seu redor. Sua carga filogenética faz com que cada recém-nascido remonte aos primórdios da espécie, e o mundo no qual e para o qual nasce traz o legado de milhares de anos de história civilizatória. É com essa ancestralidade genética e cultural que o pequeno bebê há de se haver.

Finalmente, falamos do que denominamos *irreduzível* (poderíamos falar em “inassimilável”, “inominável” ou “irrepresentável”, mas acreditamos que *irreduzível* é mais amplo e vai melhor ao ponto), que é, em grande medida, uma decorrência dos desajustes estruturais já apontados. Trata-se do fato de que haverá sempre sobras e faltas nas relações entre as capacidades de trabalho e o que exige seu funcionamento; ou seja, o psiquismo andarà sempre às voltas com dimensões da experiência – estimulações “externas” e “internas” – que resistem às tentativas de representação, simbolização e transformação no campo do sentido. Os termos estão entre

aspas tanto porque essa distinção não corresponde a uma efetiva diferença no plano das experiências originárias e primitivas quanto pelo fato de que tudo que ultrapassa as capacidades de trabalho exerce um efeito de externalidade, uma exigência que lhe vem “de fora”. Da mesma forma, “sobras e falhas” não se opõem, antes se unificando sob a noção de “irreduzibilidade”.

Creemos que seria a partir dessas considerações que se poderia chegar ao conceito de “situação traumática”, um conceito tão bem apresentado por Freud no texto “Inibição, sintoma e angústia” (1926). Indo além, ao trazermos tal conceito para este plano antropológico que nos serve de ponto de partida, podemos nos aproximar de outro conceito, o de “potencial traumático”, entendido em sua universalidade estrutural. É o *potencial traumático* que nos leva a situar a angústia – ou angústias – no centro mesmo das experiências humanas e dos processos de adoecimento psíquico, como encontraremos na matriz freudo-kleiniana.

No entanto, e já antecipando o que será apresentado detalhadamente adiante, não será difícil reconhecer nesta mesma argumentação as bases do que vai caracterizar a matriz ferencziana: todos os desajustes estruturais resultando na irreduzibilidade apontam para o caráter limitado e esgotável das atividades somatopsíquicas diante de certas exigências de trabalho. É dessa limitação que advêm as defesas passivas, o morrer, o deixar-se morrer, o fingir-se de morto, o anestesiarse, o congelar e o paralisar. Nesse caso, as angústias – uma resposta vital – não chegam a se formar, criando-se regiões desérticas e necrosadas no soma e no psiquismo.

Começaremos nosso percurso, porém, acompanhando a passagem do potencial traumático às experiências de angústia, ou seja, focalizando a matriz fundante e central do pensamento psicanalítico, a freudo-kleiniana.

A dependência correlativa à prematuridade nos coloca de cho-fre no campo daquilo que em anos recentes veio a ser denominado “terceira tópica” (Brusset, 2013). Trata-se, na verdade, de integrar a intersubjetividade ao campo do funcionamento psíquico de cada sujeito individual, o que se tornou irrecusável no atendimento dos sofrimentos não neuróticos. Não que tal inclusão fosse ignorada por Freud. Tanto na sua primeira quanto, mais ainda, em sua segunda tópica, é impossível não abrir espaços para o intersubjetivo no cerne da subjetividade. Como veremos logo em seguida, alu-sões ao “outro sujeito” são inevitáveis e delas temos algumas teste-munhas eloquentes em toda a sua trajetória teórica. Por outro lado, é bem verdade que foram outros autores como Ferenczi, Melanie Klein, Michael Balint, Wilfred Bion, Donald Winnicott e Jacques Lacan, por exemplo, que tornaram tais referências mais evidentes e sistemáticas.

As posições variam bastante, mas a atenção e a consideração às funções do “ambiente” e do “objeto primário”, melhor dizendo, a referência às participações do “outro sujeito”, em suas complexi-dades e sua condição indispensável e intrínseca, impuseram-se nas visões de toda a psicanálise acerca dos processos de saúde.

Em contrapartida, as “falhas” inevitáveis, e até certo ponto necessárias, do outro sujeito no desempenho de suas atribuições nos processos de constituição do psiquismo igualmente ganharam espaço na apreciação dos adoecimentos psíquicos pela psicaná-lise. Tais falhas, acontecimentos não programáveis e em grande parte erráticos, casuais, embora façam parte contingente de cada história, pertencem ao campo das possibilidades estruturais e as realizam. Essa relação corresponde à passagem do “potencial trau-mático” às “situações traumáticas” propriamente ditas, o que faz com que qualquer circunstância da vida possa vir a ser significada como “situação de perigo” em que o trauma nos espera de tocaia,

principalmente na proximidade de um outro sujeito, de quem, em grande parte, dependemos e do qual muito esperamos.

A relação da “terceira tópica” com o tema da angústia é, assim, forte e paradoxal. Acerca do impacto da “alteridade do outro” na experiência da angústia, podemos começar citando um trecho decisivo de um texto inicial de Freud (1969, p. 44, grifos meus):

Suponhamos que o objeto que a percepção forneça seja semelhante ao sujeito, isto é, um próximo. Então o interesse teórico também se explica pelo fato deste objeto ser ao mesmo tempo o primeiro objeto de satisfação e, além disso, o primeiro objeto hostil, assim como o único a poder auxiliar.

Freud nos brinda com esta afirmação em seu “Projeto de uma psicologia”. A nota 102 (1969, p. 150), de Osmir Faria Gabbi Jr., tradutor e comentador do texto, assinala oportunamente a complexidade já entrevista por Freud: são três funções distintas e relativamente contraditórias exercidas ao mesmo tempo e intercaladas por um “além disso”: é uma coisa e, *além disso*, mais duas coisas contraditórias entre si, mas as três simultâneas.

Deixemos de lado, provisoriamente, o fato de ser o outro sujeito o primeiro objeto de satisfação. Isso o inscreve, é certo, na origem das posteriores fantasias de desejo, o que, como veremos mais tarde, estará diretamente associado a situações angustiantes, posto que serão desejos para sempre destinados à irrealização, fontes, portanto, de frustração e raiva.

Serão, contudo, as duas outras funções, exercidas “além disso”, que reterão agora nossa atenção. Que o outro sujeito – o percebido como semelhante – seja, simultaneamente, o “único a poder

auxiliar” e o “primeiro objeto hostil” está, claramente, na origem da ambivalência: temos aqui tanto a ideia de que o outro sujeito é chamado a desempenhar funções de sustentação e proteção, uma tarefa antitraumatizante, mas que comporta, ao mesmo tempo, um potencial de ameaça inevitável. Deixaremos, por ora, na obscuridade a origem dessa condição hostil percebida no outro semelhante e próximo para nos concentrarmos na questão da ambivalência pressentida por Freud.

Se pensarmos em um potencial traumático já inscrito na condição humana, teríamos, de um lado, o que ameniza e, de outro, o que incrementa; de um lado, o que modera, de outro, o que intensifica a angústia. Só que, a rigor, não há dois lados: é o mesmo *outro sujeito* semelhante e próximo que angustia e, *não só, mas em vez disso*, sustenta e protege, alivia.

Já vimos como desajustes estruturais e a conseqüente irreduzibilidade configuram o potencial traumático. Vemos agora, a partir de Freud, e logo mais de Melanie Klein, que tal potencial é exacerbado pela, também intrínseca, ambivalência nas relações indispensáveis com os objetos primários, outros sujeitos. Nenhuma relação intersubjetiva, em qualquer circunstância, estará isenta dessa ambivalência, vale dizer, dessa nova fonte de incremento do potencial traumático que, paradoxalmente, só os outros nos ajudam a suportar.

Fecha-se assim o circuito em torno das situações traumáticas e das angústias delas decorrentes. Será em torno deste núcleo que se organizará a matriz freudo-kleiniana e seus modelos de adoecimento psíquico que sempre correspondem às formas de se defender das angústias e com elas lidar.

Já a matriz ferencziana, a ser contemplada em seguida, fincará suas raízes (ainda mais fundas) na condição de limitação e passividade originária implicada na prematuridade e na predominância

da pulsão de morte, entendida à moda ferencziana no artigo de 1929 (Ferenczi, 2011). Imerso na adversidade de um ambiente pouco acolhedor, o “indivíduo” regride e deixa-se empurrar de volta a alguma forma de não existência e inércia. É quando suas pulsões de morte, interpretadas como desligamento e esvaziamento mortífero, predominam. Sua sobrevivência – quando sobrevive – trará as marcas dessa morte em vida, e seus adoecimentos vão se configurar como modalidades dessa “sobrevivência pela metade”, em que uma agonia duradoura e permanente ocupará o centro do palco.

Referências

- Brusset, B. (2013). *Au-delà de la nevrose: vers une troisième topique*. Paris: Dunod.
- Ferenczi, S. (2011). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In *Obras completas* (vol. 4, pp. 55-60). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1929).
- Figueiredo, L. C. (2014a). Cuidado e saúde: uma visão integrada. In *Cuidado, saúde e cultura: trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante* (pp. 9-29). São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2014b). Notas sobre os trabalhos psíquicos e saúde mental. In *Cuidado, saúde e cultura: Trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante* (pp. 151-160). São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1969). *Projeto de uma psicologia*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).
- Hinshelwood, R. (2015). Winnicott and Bion: claiming alternate legacies. In M. B. Spelman, & F. Thomson-Salo (Ed.), *The Winnicott tradition* (pp. 61-68). London: Karnac.



Por que se adoecce psiquicamente? Como tratar esses adoecimentos? Há mais de cem anos, a psicanálise vem desenvolvendo uma compreensão profunda do que são as diferentes formas de adoecimento psíquico e quais devem ser as estratégias de cura para enfrentá-las. Neste livro, o leitor encontrará matrizes e modelos que organizam o amplo conhecimento estabelecido pelos diferentes autores da história da psicanálise sobre esses dois temas e propostas inovadoras das duas últimas décadas.

Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura é um livro que interessa a todos que não se acomodam nos limites convencionais das teorias e práticas psicanalíticas e que querem interrogar suas origens e seus destinos.

PSICANÁLISE

ISBN 978-85-212-1266-9



9 788521 212669

série

PSICANÁLISE CONTEMPORÂNEA

Coord. Flávio Ferraz

www.blucher.com.br

Blucher



Clique aqui e:

[Veja na loja](#)

Adoecimentos Psíquicos e Estratégias de Cura

Matrizes e Modelos em Psicanálise

Luís Claudio Figueiredo

Nelson Ernesto Coelho Junior

ISBN: 9788521212669

Páginas: 304

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2018