

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RAFAELA SANTOS KAMAROSKI

ENTRE PASSADO E PRESENTE, REALIDADE INTERNA E EXTERNA:
CONSIDERAÇÕES, A PARTIR DE FREUD E WINNICOTT,
SOBRE A PRIMAZIA DO “VIVENCIAR” NA CLÍNICA

CURITIBA
2012

RAFAELA SANTOS KAMAROSKI

ENTRE PASSADO E PRESENTE, REALIDADE INTERNA E EXTERNA:
CONSIDERAÇÕES, A PARTIR DE FREUD E WINNICOTT,
SOBRE A PRIMAZIA DO “VIVENCIAR” NA CLÍNICA

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Programa de Mestrado em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Nadja Nara Barbosa Pinheiro.

CURITIBA
2012

Catálogo na Publicação
Aline Brugnari Juvenâncio – CRB 9ª/1504
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Kamaroski, Rafaela Santos

Entre passado e presente, realidade interna e externa: considerações, a partir de Freud e Winnicott, sobre a primazia do “vivenciar” na clínica / Rafaela Santos Kamaroski. – Curitiba, 2012.

106 f.

Orientadora: Profª. Drª. Nadja Nara Barbosa Pinheiro
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná.

1. Freud, Sigmund, 1856-1939. 2. Winnicott, D. W. (Donald Woods), 1896-1971. 3. Psicanálise. 4. Doentes – Psicologia. 5. Inconsciente (Psicologia). I. Título.

CDD 150.195

Dedico este trabalho a Tiago Alberti Camargo,
amor da minha vida,
pelo carinho, atenção e paciência.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, avós e irmão pelo apoio incondicional em todos os momentos.

À minha orientadora, Profa. Dra. Nadja Nara Barbosa Pinheiro, pela confiança, orientação, amizade e apoio nos momentos difíceis.

Ao Prof. Vinicius Anciães Darriba pelo olhar atento no acompanhamento da produção desta dissertação e pelas colaborações.

Ao Prof. Daniel Kupermann por ter aceito o convite de colaborar com este trabalho e pelas sugestões significativas.

Aos meus amigos e colegas de mestrado Renan Brezolin, Lígia Maria Durski e Roberto Diniz pelo carinho e companheirismo.

Ando devagar porque já tive pressa
E levo esse sorriso, porque já chorei demais
Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe
Só levo a certeza de que muito pouco eu sei, que nada sei

Almir Sater e Renato Teixeira

RESUMO

O objetivo principal de nosso estudo foi o de refletirmos sobre as vivências na prática clínica psicanalítica, a partir de Freud e Winnicott. Apresentamos como problemática a inserção em uma instituição de saúde pública na qual o adoecimento é compreendido a partir da dimensão orgânica/fisiológica. Visando circunscrever a inserção da psicanálise neste contexto como um campo de vivências específicas, apresentamos então, o modelo onírico em Freud como paradigma do funcionamento psíquico e da prática clínica. Nestas considerações, deparamo-nos com a existência nos sonhos e na transferência de espaços fronteiros compostos pela sobreposição entre realidade interna e externa, passado e presente e propomos que tais características compõem o âmbito das vivências, distinguindo a prática clínica psicanalítica da dimensão orgânica/fisiológica. Na sequência, abordamos em Winnicott a teoria do desenvolvimento emocional primitivo e o ambiente. Destacamos nestes o brincar e a transicionalidade como sustentação para atualização do modelo de desenvolvimento emocional primitivo na clínica. Neste sentido, apresentamos o campo das vivências como oriundo da identificação entre analista e *setting*, em referência a identificação mãe e ambiente na dependência absoluta. A partir de Freud e Winnicott, constatamos então que a dimensão das vivências implica na função do analista. No âmbito institucional, este atua como representante da singularidade do paciente no que há de mais particular em cada um: a emergência de conteúdos inconscientes e a possibilidade de experimentar um modo de viver genuíno e criativo.

Palavras-chave: Clínica psicanalítica. Vivências clínicas. Inconsciente. Transicionalidade. *Setting*.

ABSTRACT

The main purpose of this study was to reflect upon the experiences of the psychoanalytic clinic, based on ideas from Freud and Winnicott. The main discussion relays upon the insertion on a public health institution, wherein illness is understood from the physiologic/organic dimension. In order to limit the psychoanalysis inside this context as a field of specific experiences, we exhibit then, the dream model on Freud as a paradigm of the psychic functioning and of the clinical practice. Inside these considerations, we faced the existence in dreams and in the transference of the frontier spaces composed by the overlap between internal and external reality, past and present and we proposed that these characteristics compose the dimension of the experiences, distinguishing the psychoanalytic clinic practice from the physiologic/organic dimension. Then, it is discussed over Winnicott the primitive emotional development theory and the environment. It is highlighted upon these the playing and the transitionality as support for the update of the primitive emotional development model on clinic. In this context, we present the field experiences as coming from the identification between analyst and setting, in reference to identification the mother and the environment in absolute dependence. Based on Freud and Winnicott, we found then that the dimension of the experiences implies on the analyst's function. At the institutional level, it acts as a representative of the uniqueness of the patient in what is most particular in each one: the emersion from unconscious contents and the possibility of genuinely experience an authentic and creative way of living.

Keywords: Psychoanalytic clinic. Clinical experiences. Unconscious. Transitionality. Setting.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 O MODELO ONÍRICO E O MODELO CLÍNICO EM FREUD	11
1.1 O MODELO ONIRICO EM FREUD.....	11
1.1.1 A formação dos sonhos	11
1.1.2 O estado de sono e o caráter alucinatório	22
1.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MODELO CLÍNICO EM FREUD.....	30
1.2.1 A transferência	30
1.2.2 A associação livre	37
1.3 APROXIMAÇÕES ENTRE O MODELO ONÍRICO E O MODELO CLÍNICO EM FREUD.....	38
2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MODELO CLÍNICO EM WINNICOTT	41
2.1 MODALIDADES DE INTERVENÇÃO	43
2.2 O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL PRIMITIVO	46
2.2.1 O desenvolvimento emocional primitivo a partir da integração, personalização e realização	48
2.2.2 O desenvolvimento emocional primitivo a partir das relações de objeto ..	52
2.2.3 O desenvolvimento emocional primitivo a partir da dependência rumo à independência	55
2.3 O AMBIENTE	58
2.4 O BRINCAR	64
2.5 A TRANSICIONALIDADE EM WINNICOTT	66
2.5.1 Paradoxo: o movimento constante	66
2.5.2 O pensar como encontro entre o eu (<i>self</i>) e o mundo	68
3 O TRABALHO CLÍNICO PSICANALÍTICO EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA	72
3.1 A FUNÇÃO DO ANALISTA.....	72
3.1.1 O valor transicional	72
3.1.2 O <i>setting</i>	75
3.2 DESCRIÇÃO DO FUNCIONAMENTO INSTITUCIONAL.....	79
3.2.1 A atuação junto à equipe multidisciplinar	81
3.2.2 A atuação junto às famílias dos pacientes	85
3.2.3 Os atendimentos realizados: para além das limitações orgânicas, o agir criativo	87
CONCLUSÃO	97
REFERÊNCIAS	102

INTRODUÇÃO

Começar a trabalhar no âmbito institucional foi o fator desencadeador de inúmeros questionamentos sobre o modo como a clínica psicanalítica poderia ser desenvolvida nesta inserção. Destacamos, na presente dissertação, a atuação em uma instituição de saúde pública destinada a atender bebês, crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral, na faixa etária de zero a dezoito anos. Os bebês apresentam inicialmente prematuridade e/ou atraso no desenvolvimento neuropsicomotor até a confirmação do quadro de Paralisia Cerebral. As crianças e adolescentes, com a confirmação do mesmo diagnóstico, são portadoras de deficiência física, auditiva, visual e/ou mental. A instituição oferece a tais pacientes atendimentos nas áreas do serviço social, enfermagem, pediatria, neuropediatria, odontologia, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e pedagogia.

Delimitamos nossa problemática na solicitação permanente de realização de atendimentos psicológicos pelos profissionais da equipe de saúde da referida instituição. Ressaltamos que, quando se compreende necessário, os familiares (frequentemente pai ou mãe) também são atendidos. Buscamos, na presente dissertação, discorrer sobre como a psicanálise pode ser exercida neste ambiente especificamente.

Ao longo de um ano de atuação, elencamos como características instigantes o fato da psicanálise não ser considerada *a priori* nem pelos agentes institucionais e nem pelos pacientes. Os agentes institucionais contrataram uma psicóloga para realizar atendimentos psicológicos e os pacientes, além de desconhecerem a psicanálise, procuram um auxílio semelhante à perspectiva médica, haja vista que os atendimentos ocorrem em uma instituição de saúde pública. Cogitamos que o desconhecimento da psicanálise por parte dos pacientes pode estar relacionado à falta de informações e/ou ao fato de que os mesmos são encaminhados pelos médicos (pediatras ou neuropediatras) para atendimentos “psicológicos”. Constatamos que alguns pacientes chegam aos atendimentos alegando desconhecer as razões pelas quais estão ali e o

que devem fazer. Outros apresentam expectativas específicas, tais como soluções rápidas de seus problemas. Alegam que estes são os efeitos das medicações e procedimentos prescritos pelo restante da equipe de saúde. Consideram, então, como adoecimento o que ocorre no corpo, restrito a sua dimensão fisiológica.

Lançamos a hipótese de que o desconhecimento da psicanálise, demonstrado pelos pacientes, nos oferece a possibilidade de apresentar esta como um campo distinto do orgânico/médico, resultante da consideração pela existência do inconsciente e por vivências específicas, tal como explicitado, sobretudo, no processo onírico, conforme Freud (1900), e na noção de transicionalidade, tal como proposta por Winnicott (1951).

Tomando essas duas noções como pilares, teceremos, inicialmente, considerações sobre as relações entre o modelo onírico e o modelo clínico em Freud a partir da transferência e da associação livre. Considerando que a transferência e a associação livre se constituem como vias, por meio das quais a clínica psicanalítica se exerce, a vinculação de ambos ao processo onírico consolida a perspectiva do psíquico como inconsciente. De modo semelhante, posteriormente, abordaremos o modelo clínico em Winnicott e suas relações com a noção de transicionalidade para neles fundamentarmos nossa proposta de trabalho clínico nessa instituição singular. Compreendemos que a vivência de tais elementos no espaço clínico pode oportunizar a distinção de um trabalho orientado pela psicanálise daquele suportado sobre o campo orgânico/médico.

Ressaltamos que, na obra de Freud, encontramos a atribuição de importância a elementos específicos, tais como o uso do divã, o pagamento e a temporalidade das sessões. Elementos que não estão presentes na referida instituição. Entretanto, optamos em vislumbrar a inserção da psicanálise no contexto institucional a partir de suas potencialidades. Optamos por descartar possibilidades de reflexões sobre esses elementos ausentes e vislumbrar perspectivas sobre o que pode estar presente. Trata-se do deslocamento de reflexões sobre a possibilidade ou não de realizar atendimentos, a partir da psicanálise, em determinado local (consultório, instituição, entre outros) para o âmbito do que pode ser experienciado: a qualidade das vivências clínicas.

Com esse objetivo, no primeiro capítulo da presente dissertação, abordaremos o modelo onírico proposto por Freud e seguiremos focando questionamentos sobre a vivência da transferência, sustentada pela associação livre. Tais considerações nos servirão de base para destacarmos uma semelhança fundamental entre o modelo onírico e o modelo clínico adotado por Freud: a possibilidade de emersão de conteúdos inconscientes.

No segundo capítulo, abordaremos a noção de transicionalidade em Winnicott, explicitada em suas concepções sobre o ambiente e o brincar. Compreendemos que este autor, ao postular sua teoria sobre os processos de maturação subjetiva, sustentada por esses dois pilares, propõe a ideia de uma clínica que se abre para o movimento implícito na transicionalidade e na presença viva do analista na construção de um espaço, no qual vivências afetivas e transformadoras podem ocorrer.

No terceiro e último capítulo retomaremos nossa inserção em uma instituição de saúde pública e alguns dos conceitos de Freud e Winnicott, abordados nos dois primeiros capítulos, visando consolidar a proposta de que trabalhar a partir da psicanálise implica em possibilitar ao paciente vivências que sobrepoem passado e presente, realidade interna e externa.

1 O MODELO ONÍRICO E O MODELO CLÍNICO EM FREUD

1.1 O MODELO ONÍRICO EM FREUD

Freud (1905), no caso Dora, aproximou o tratamento psicanalítico e a interpretação dos sonhos ao afirmar que ambos possibilitam a descoberta de conteúdos ocultos e recalçados. Deste modo, considerando que o trabalho onírico é um caminho pelo qual o que está inconsciente pode emergir na dimensão consciente, buscaremos no presente capítulo investigar quais seriam as aproximações possíveis entre este e alguns elementos do tratamento psicanalítico (transferência e associação livre), a partir das contribuições de Freud.

Ressaltamos que o modelo onírico abrange a primeira concepção de aparelho psíquico de Freud. A segunda tópica é também de extrema importância, porém abordaremos apenas a primeira visando aprofundar nossa pesquisa na noção de conflito psíquico. Compreendemos que este culmina, em consequência, nos âmbitos da realidade interna/externa e nas relações entre passado e presente. Abordaremos os sonhos, assim como a transferência e a associação livre como exemplos de tais movimentações.

1.1.1 A formação dos sonhos

Freud se debruçou sobre a investigação dos sonhos por meio da interpretação. O método de interpretação dos sonhos consistia em decompor os mesmos em fragmentos e associar livremente a partir de cada elemento presente no relato do sonho. Interpretar um sonho, segundo Freud (1900), consiste em atribuir sentidos a ele. A partir da relevância da interpretação dos sonhos na obra de Freud, questionamos:

como ocorre esta atribuição de sentidos? Em busca de respostas abordaremos, inicialmente, o processo de formação dos sonhos.

Nas tentativas de interpretar os sonhos, Freud (1900) se deparou com deformações nos seus conteúdos e postulou a diferenciação dos mesmos em manifestos e latentes. O enredo e as sensações (visão, tato, olfato, paladar e audição), que costumam ser recordados pelos pacientes, foram designados conteúdos manifestos. Os demais conteúdos emergentes ao longo do método de interpretação dos sonhos e que carregavam em si sentidos do sonho foram denominados conteúdos latentes. Tal diferenciação elucida um primeiro movimento presente na interpretação dos sonhos: a necessidade de se distanciar das narrativas recordadas. Estas se constituem como ponto de partida de um desdobramento posterior.

Freud (1900) relacionou o conteúdo manifesto com o conteúdo do sonho e o conteúdo latente com o pensamento do sonho ou pensamento onírico. Descreveu as relações entre os mesmos do seguinte modo:

(...) o conteúdo do sonho é como uma transcrição dos pensamentos oníricos em outro modo de expressão cujos caracteres e leis sintáticas é nossa tarefa descobrir, comparando o original e a tradução. Os pensamentos do sonho tornaram-se imediatamente compreensíveis tão logo tomamos conhecimento deles. O conteúdo do sonho, por outro lado, é expresso, por assim dizer, numa escrita pictográfica cujos caracteres têm de ser individualmente transpostos para a linguagem dos pensamentos do sonho. Se tentássemos ler esses caracteres segundo seu valor pictórico, e não de acordo com sua relação simbólica, seríamos claramente induzidos ao erro. (FREUD, 1900, p. 303).

As relações entre os conteúdos do sonho e os pensamentos oníricos ocorrem de modo peculiar. Freud (1900) destaca na citação acima a importância de que cada elemento do conteúdo do sonho seja individualmente transposto para os pensamentos do sonho. Não se trata, portanto, da análise do sonho como um todo, portador de uma mensagem a partir do somatório do que suas partes expressam de modo pictórico. A análise dos sonhos implica na interpretação dos mesmos: substituição de cada elemento isolado do conteúdo do sonho por sílaba ou palavra representada por aquele elemento de um ou de outro modo. Deparamo-nos aqui com um detalhe importante dos sonhos: a possibilidade de deslizar na dimensão sensorial de imagens para palavras e vice-versa, entre outras possibilidades (FREUD, 1900).

Constatada a riqueza sensorial característica dos sonhos, Freud (1900) questionou qual seria a participação dos processos anímicos na formação dos mesmos. Concluiu que estes exercem duas funções: i) produção dos pensamentos oníricos (vinculados aos conteúdos latentes) e ii) transformação dos pensamentos oníricos inconscientes no conteúdo do sonho (vinculados aos conteúdos manifestos). Os pensamentos oníricos são processos de pensamentos que não se tornaram conscientes. Podem vir a se tornarem conscientes após modificações que compõem a formação dos sonhos (FREUD, 1900).

Freud (1900) relatou preocupação com a confusão demonstrada por alguns analistas: o entendimento de que a essência dos sonhos está nos conteúdos latentes, desprezando a diferenciação entre estes e o trabalho do sonho. Afirmou em nota de rodapé acrescentada em 1925:

No fundo, os sonhos nada mais são do que uma *forma* particular de pensamento, possibilitada pelas condições do estado do sono. É o *trabalho do sonho* que cria essa forma, e só ele é a essência do sonho – a explicação de sua natureza peculiar. (FREUD, 1900, p. 538, grifos do autor).

Destacamos na citação acima a afirmação de que o sonho é uma forma particular de pensamento. Freud descreveu os pensamentos oníricos como inconscientes. O trabalho do sonho consiste, então, na transformação de tais pensamentos oníricos inconscientes no conteúdo do sonho (vinculado ao conteúdo manifesto). Nesta perspectiva, o estudo do processo de formação dos sonhos possibilitará vislumbrar como representações vinculadas ao inconsciente são transformadas em representações acessíveis à consciência (FREUD, 1900).

Freud (1900) afirmou que o sonho é a realização de um desejo inconsciente. O que é facilmente constatado em sonhos simples, tais como os de algumas crianças. Nestes, o sonhar claramente substitui a ação. Em outros, a realização de desejos está presente, mas emerge após o trabalho de interpretação. Entretanto, trata-se sempre da realização de um desejo infantil:

(...) o desejo que é representado num sonho tem de ser um desejo infantil. No caso dos adultos, ele se origina do *Ics.*; no caso das crianças, onde ainda não

há divisão ou censura entre o *Pcs* e o *Ics.*, ou onde essa divisão se está apenas instituindo gradualmente, trata-se de um desejo não realizado e não recalçado da vida de vigília. (FREUD, 1900, p. 583, grifos do autor).

Na medida em que os desejos infantis não são prontamente identificados nos sonhos, torna-se relevante discorrer sobre os fatores que culminaram neste “disfarce”. Freud (1900) descreveu condições às quais os sonhos têm que satisfazer durante a sua formação.

Entre as condições necessárias para a formação dos sonhos está a necessidade de escapar da censura. Esta exerce sua influência de diferentes formas. Citamos como exemplo sua participação nas recordações dos pacientes sobre os sonhos. Tais recordações podem, segundo Freud, ser fragmentadas, estar acompanhadas de dúvidas sobre alguns detalhes ou até mesmo ter sofrido alterações, culminando na desconexão entre os seus elementos ou até mesmo na completa coerência entre eles (FREUD, 1900).

Sob a ameaça da censura, o trabalho do sonho utiliza diferentes estratégias, apresentadas por Freud:

- a) deslocamento e condensação do material psíquico: visando burlar a censura ocorre o deslocamento das intensidades psíquicas entre as representações chegando a uma “(...) transmutação de todos os valores psíquicos”, (FREUD, 1900, p. 538). Além disso, por ser necessário aumentar a intensidade disponível em cada pensamento onírico, ocorre a condensação;
- b) representabilidade em imagens sensoriais ou condições de figurabilidade: a reprodução dos pensamentos ocorre apenas ou predominantemente no material dos traços mnêmicos visuais ou acústicos;
- c) elaboração secundária: relações lógicas entre pensamentos recebem pouca atenção durante a formação dos sonhos, mas podem estar presentes posteriormente como resultado da influência da censura (FREUD, 1900).

Tais condições, presentes na formação dos sonhos, possibilitaram a Freud (1900) construir uma primeira concepção sobre o aparelho psíquico. Deste modo, a compreensão do processo de formação dos sonhos está vinculada a apresentação do

aparelho psíquico a partir de sistemas, cada qual com seus elementos e respectivos modos de funcionamento.

No que diz respeito à censura, Freud (1900) constatou que esta se caracteriza pelo movimento de oposição à realização de desejos inconscientes. Considerando que, nas crianças, a realização de desejos nos sonhos pode aparecer com clareza e, nos adultos, frequentemente, está presente de modo disfarçado, compreendemos, a partir de Freud, que a censura pode ser explicada como o controle da vida pulsional pela atividade de pensamento. Trata-se de uma renúncia gradativa à satisfação do desejo. Freud (1900) comentou que, nos adultos, a organização do aparelho psíquico abrange uma divisão entre duas partes que se opõem: uma que exerce a censura (*Pcs*) e outra responsável pela elaboração do desejo (*Ics*). Influenciam-se mutuamente como forças contrárias, culminando no surgimento de conflitos psíquicos e nas distorções encontradas nos sonhos.

A apresentação do aparelho psíquico em 1900 ocorreu a partir da concepção de sistemas. Ao constatar nos sonhos a presença de elementos sensoriais Freud (1900) lançou a hipótese de que as percepções oriundas de estímulos internos e externos permanecem registradas de algum modo. Cogitou então que tais percepções culminaram, originalmente, em diferentes traços mnêmicos que permaneceram registrados no aparelho psíquico conforme uma semelhança: temporalidade, similaridade, entre outros, compondo o sistema inconsciente (*Ics*). Este se caracteriza pela amplitude de registros oriundos do desdobramento de uma percepção em diferentes traços mnêmicos, que ao se vincularem consolidam diversas associações. O sistema responsável pelo recebimento de percepções foi apresentado por Freud como sistema perceptivo (*Pcpt*). Além dos sistemas *Ics* e *Pcpt*, Freud descreveu a existência de um terceiro denominado pré-consciente/consciente (*Pcs/Cs*) que exerce a função de censura, influenciando a passagem de representações oriundas do sistema inconsciente (*Ics*) (FREUD, 1900).

Compreendemos que Freud, ao apresentar o aparelho psíquico a partir de sistemas, demonstrou a dependência entre os mesmos. Na busca em responder como ocorre a atribuição de sentidos aos sonhos, constatamos, até o presente momento, tratar-se de movimentações psíquicas, que culminam em possibilidades de diferentes

associações. Distanciando-se, portanto, da perspectiva de um agrupamento de representações estáticas a serem descobertas.

A segunda condição para a formação dos sonhos, exigência de condensação e deslocamento do material psíquico, advém também da influência da censura. As representações vinculadas ao sistema /cs estão presentes na formação dos sonhos, mas passam pelos processos de condensação e deslocamento (FREUD, 1900).

A condensação consiste na passagem de intensidade de apenas alguns pensamentos do sonho (conteúdos latentes) para os conteúdos do sonho (conteúdos manifestos). Ocorre, portanto, a partir da transferência de intensidade, conforme descreveu Freud (1900, p. 621), "(...) a intensidade de toda uma cadeia de pensamentos pode acabar por concentrar-se num único elemento de representação." Compreendemos que a intensidade abrange uma movimentação energética e se caracteriza pela quantidade de força presente para superar os obstáculos impostos pela censura. Na medida em que tal intensidade se concentra em uma única representação, está caracterizada a condensação. Freud (1900) descreveu desdobramentos importantes do mecanismo de condensação, tais como:

- a) existência de representações intermediárias com a mesma intensidade das representações implícitas, ou seja, nos relatos ou nas associações dos sonhos representações apresentadas com nível de importância/atenção considerável podem conter por trás de si mesmas, grupos de representações implícitas com igual importância;
- b) o fato de que a transferência de intensidade pode ocorrer entre representações que não possuem relações. Representações presentes nos relatos dos sonhos (conteúdos manifestos) podem resultar do agrupamento em si de intensidades originalmente vinculadas a representações com as quais não possuem nenhuma conexão (conteúdos latentes).

Deste modo, a condensação está relacionada à consolidação de cadeias associativas, viabilizadas pela busca da descarga de energia, independente dos conteúdos e significados das representações. O que culmina em dois desdobramentos, segundo Freud (1900): presença de uma aparente falta de sentido no enredo e nos elementos recordados dos sonhos e a conseqüente necessidade da interpretação para

se alcançar os possíveis sentidos dos sonhos. Interpretação que visa elucidar as vinculações entre representações intermediárias, desconexas ou até mesmo contraditórias. É possível destacar das elaborações de Freud o modo como gradativamente se inscreveu o psíquico como inconsciente. O que o paciente relata dos sonhos se caracteriza por uma trama difusa, complexa, perpassada por relações implícitas demonstrando, deste modo, que a consciência resulta de processos que a envolvem, mas a ultrapassam.

Visando elucidar a abrangência do mecanismo de condensação, citamos alguns exemplos descritos por Freud (1900): a presença nos sonhos de imagens de pessoas resultantes da união de feições reais de duas ou mais pessoas (omissão de certos traços de cada uma delas ou simples sobreposição de duas imagens); presença de formações verbais únicas (criadas pelos pacientes) oriundas da união de duas ou mais palavras; presença de palavras que perderam seu sentido original e foram combinadas com outros significados. Tais exemplos elucidam as possibilidades que a transferência de intensidade, característica da condensação, proporciona à dimensão sensorial: construções nos âmbitos de imagens visuais, sons, entre outros.

Freud (1900) constatou ainda a existência de um mecanismo concomitante à condensação na formação dos sonhos: o deslocamento. Este consiste na substituição de um elemento por outro e também ocorre a partir da transferência de intensidade:

(...) no trabalho do sonho, está em ação uma força psíquica que, por um lado, despoja os elementos com alto valor psíquico de sua intensidade, e, por outro, *por meio da sobredeterminação*, cria, a partir de elementos de baixo valor psíquico, novos valores, que depois penetram no conteúdo do sonho. Assim sendo, ocorrem *uma transferência e deslocamento de intensidades psíquicas* no processo de formação do sonho, e é como resultado destes que se verifica a diferença entre o texto do conteúdo do sonho e dos pensamentos do sonho. O processo que estamos aqui presumindo é nada menos do que a parcela essencial do trabalho do sonho merecendo ser descrito como o “deslocamento do sonho”. (FREUD, 1900, p. 333, grifos do autor).

Freud (1900) descreveu, na citação acima, o trabalho desenvolvido por uma força que promove a passagem da intensidade psíquica de uma representação para outra (deslocamento) possibilitando que representações de baixo valor assumam tais intensidades e penetrem no conteúdo manifesto (conteúdo do sonho). Ressaltamos na

citação o uso dos termos “transferência” e “deslocamento”. Cogitamos que a presença de ambos visa demonstrar a diferença e, simultaneamente, a complementação entre os mesmos. O deslocamento pode ser compreendido como movimento no âmbito das intensidades das representações: deslocamento de energia. A transferência parece ressaltar a noção de uma mudança significativa nos sentidos presentes nas representações, culminando na existência de dois âmbitos: conteúdos manifestos (conteúdo do sonho) e latentes (pensamentos do sonho). Neste momento das elaborações de Freud (1900), a noção de transferência parece abranger a possibilidade de movimento no âmbito dos sentidos, que inclui também a circulação energética. Ou seja, trata-se aqui de uma relação delicada entre quantidades e qualidades. Compreendemos a modificação no âmbito dos sentidos como os deslizamentos pelos quais as representações passam no trabalho do sonho. Diferencia-se de uma alteração no conteúdo, assemelhando-se, no nosso entendimento, a uma sobreposição.

Freud (1900) descreve a atuação do deslocamento em dois momentos distintos. Primeiro, nos conteúdos dos sonhos que, em virtude dos deslocamentos, não terão semelhanças com os pensamentos dos sonhos. Em segundo lugar, nos pensamentos dos sonhos que como consequência do deslocamento também se afastaram do desejo do sonho inconsciente (FREUD, 1900).

A terceira condição para a formação dos sonhos, condições de figurabilidade ou representabilidade em imagens sensoriais, visa à transformação de pensamentos em imagens. Trata-se de uma segunda espécie de deslocamento que resulta, conforme Freud (1900, p. 371), “(...) no fato de uma expressão insípida e abstrata do pensamento onírico ser trocada por uma expressão pictórica e concreta.” Abrange a transformação de pensamentos abstratos em expressões concretas, o uso do simbolismo e o aproveitamento da ambiguidade das palavras. Afirmou Freud:

Ao se interpretar qualquer elemento onírico, é em geral duvidoso: (a) se ele deve ser tomado num sentido positivo ou negativo (como uma relação antitética), (b) se deve ser interpretado historicamente (como uma lembrança), (c) se deve se interpretado simbolicamente, ou (d) se sua interpretação deve depender de seu enunciado. Contudo, apesar de toda essa ambigüidade, é lícito dizer que as produções do trabalho do sonho, que, convém lembrar, *não são feitas com a intenção de serem entendidas*, não apresentam a seus

tradutores maior dificuldade do que as antigas inscrições hieroglíficas àqueles que procuram lê-las. (FREUD, 1900, p. 373, grifos do autor).

As condições para formação dos sonhos demonstram gradativamente a complexidade da interpretação dos mesmos. Tratam-se de diversos “disfarces” que, conforme afirmou Freud (1900) na citação acima, não foram feitos com a intenção de serem revelados. No que diz respeito à origem de tais condições de figurabilidade, Freud (1900) afirmou que estão relacionadas aos pensamentos inconscientes:

(...) não há necessidade de se presumir a operação de qualquer atividade simbolizadora peculiar da mente no trabalho do sonho, mas sim que os sonhos se servem de quaisquer simbolizações que já estejam presentes no pensamento inconsciente, por se ajustarem melhor aos requisitos da formação do sonho, em virtude de sua representabilidade, e também, em geral, por escaparem da censura. (FREUD, 1900, p. 381).

As condições de figurabilidade ou representabilidade visam escapar da censura. A frequência das movimentações psíquicas no sistema *Ics*, assim como suas diversas possibilidades de associação proporcionam condições de figurabilidade ou representabilidade no âmbito das expressões verbais e das imagens presentes nos sonhos. A presença de tais transformações que envolvem a dimensão sensorial nos sonhos advém também de outro processo descrito por Freud: a regressão (FREUD, 1900).

Freud (1900) afirmou que na vida de vigília os processos psíquicos ocorrem conforme uma direção específica: iniciam no sistema *Pcpt*, permanecem armazenados no sistema *Ics* e terminam no sistema *Pcs/Cs*. Nos sonhos, a vividez sensorial é explicada pela ocorrência de uma direção inversa: a passagem de energia ocorre do sistema *Pcs/Cs* para o *Ics* e então chega ao *Pcpt*, consolidando a regressão. No sistema *Pcpt*, a energia será descarregada por meio da revivescência sensorial, haja vista que, na passagem pelo sistema *Ics*, os traços mnêmicos resultantes de percepções anteriores puderam ser reativados. A regressão consiste, portanto, na transformação de pensamentos em imagens sensoriais (FREUD, 1900).

A quarta condição para a formação dos sonhos abrange o modo de organização do relato onírico, ou seja, a demanda de que o sonho seja racional e inteligível,

denominado por Freud (1900) como elaboração secundária. Esta participa da formação dos sonhos atendendo as demandas da censura:

Ocorrem sonhos que, a uma visão superficial, podem afigurar-se impecavelmente lógicos e racionais; partem de uma situação possível, dão-lhe prosseguimento através de uma cadeia de modificações coerentes e – embora com muito menor frequência – levam-na a uma conclusão que não causa surpresa. Os sonhos dessa natureza foram submetidos a uma extensa elaboração por essa função psíquica aparentada ao pensamento de vigília; parecem ter um sentido, mas esse sentido é o mais afastado possível de sua verdadeira significação. Se os analisamos, podemos convencer-nos de que foi nesses sonhos que a elaboração secundária manipulou o material da maneira mais livre possível e preservou ao mínimo as relações existentes nesse material. (FREUD, 1900, p. 523).

Compreendemos que a demanda de que o sonho seja racional e inteligível ocorre como tentativa de amenizar a oposição entre os desejos e a censura culminando em acréscimos ou rejeições de conteúdos no âmbito dos conteúdos manifestos. Considerando os mecanismos de condensação e deslocamento seria plausível que o relato do sonho fosse composto por contradições, lacunas. O que ocorre, mas é minimizado pela elaboração secundária, conforme afirmou Freud (1900).

Retomamos neste ponto as considerações apresentadas sobre a censura como uma das condições para a formação dos sonhos. Afirmamos que esta consiste em um controle gradativo da vida pulsional pelo pensamento e a descrevemos como uma função do sistema *Pcs/Cs*. Acompanhamos os seus efeitos, entre eles, a elaboração secundária que se caracteriza por uma coerência na apresentação dos elementos do sonho. Circunscreve-se, deste modo, uma diferença entre as movimentações psíquicas que caracterizam o *Ics* e o *Pcs/Cs*. No sistema *Ics*, conforme descrito anteriormente, estão presentes os mecanismos de deslocamento e condensação culminando na transferência de intensidades entre as representações independentes dos seus significados e relações. Em contrapartida, no sistema *Pcs/Cs* estão presentes construções caracterizadas por articulações lógicas coerentes. Compreendemos tratar-se dos processos denominados, respectivamente por Freud (1900), como processos primários e secundários. Além disso, evidenciamos nas considerações acima a intensa

atividade do sistema *Ics* e a conseqüente confirmação da tese de que o psíquico é o inconsciente (FREUD, 1900).

Ainda no que diz respeito à busca por estruturar “disfarces” no sonho, Freud (1900) afirmou que esse trabalho é diminuído pela existência das fantasias. Estas são construídas com base em lembranças e conseguem escapar a censura:

Como os sonhos, elas são realizações de desejos; como os sonhos baseiam-se, em grande medida, nas impressões de experiências infantis; como os sonhos, beneficiam-se de certo grau de relaxamento da censura. Se examinarmos sua estrutura, perceberemos como o motivo de desejo que atua em sua produção mistura, rearranja e compõe num novo todo o material de que eles são construídos. Eles estão, para as lembranças infantis de que derivam, exatamente na mesma relação em que estão alguns dos palácios barrocos de Roma para as antigas ruínas cujos pisos e colunas forneceram o material para as estruturas mais recentes. (FREUD, 1900, p. 525).

Freud (1900) afirmou que, em virtude das condições presentes na formação dos sonhos, a fantasia forma apenas um fragmento do sonho ou irrompe apenas enquanto uma parcela do mesmo. Assim como os outros elementos, nas fantasias incidem também os processos de condensação e deslocamento (FREUD, 1900).

O modo como os sonhos se apresentam e os desdobramentos oriundos da interpretação dos mesmos possibilitaram a Freud (1900) tecer considerações sobre o aparelho psíquico. Entre elas destacamos a diferenciação entre os processos primário e secundário e a oposição entre a censura e a realização de desejos. Oposição que culmina no movimento de regressão e na vividez sensorial nos sonhos, oportunizando a emersão do que está inconsciente. Compreendemos que se trata de desvelamentos gradativos, na medida em que a interpretação dos sonhos possibilita a desconstrução dos efeitos causados pelos mecanismos de condensação, deslocamento, figurabilidade e elaboração secundária. Deste modo, respondemos o questionamento sobre como ocorre a interpretação dos sonhos, com a afirmação de que esta abrange movimentações psíquicas que ocorrem por meio do estabelecimento de cadeias associativas e, simultaneamente, pela superação de resistências. A partir das associações livres incitadas por cada elemento do sonho, prováveis sentidos são tecidos.

Ressaltamos que as condições para formação dos sonhos possibilitam a constatação do dispêndio de investimento necessário para sua interpretação. Compreendemos que se trata de uma vivência circunscrita ao âmbito clínico, composta pela possibilidade de desvinculação das racionalidades e implica em uma entrega aos meandros da associação livre.

1.1.2 O estado de sono e o caráter alucinatório

Ressaltamos que, além das quatro condições presentes na formação dos sonhos, o estado de sono também possui relevância. Freud (1917a) descreveu que, do mesmo modo como o ser humano retira do seu corpo objetos que usou durante o dia: roupas, óculos, entre outros..., despe-se também de algumas movimentações psíquicas, entre elas, o interesse pelo mundo externo.

Soma-se a esse desinteresse pelo mundo externo um fenômeno intrigante. Freud (1917 a) constatou que durante o sono ocorre a percepção precoce de alterações físicas indicando a presença de doenças que, até então, haviam permanecido despercebidas durante o estado de vigília. Pôde concluir, a partir disso, que o estado de sono se caracteriza pela retirada total dos investimentos psíquicos dirigidos ao exterior e direcionamento dos mesmos ao próprio Eu, consolidando o que denominou como narcisismo do sono (FREUD, 1917a).

Ao longo das práticas de interpretação dos sonhos, Freud (1900) constatou que os restos diurnos participam da formação dos sonhos. Pensamentos tais como aqueles que não foram concluídos (preocupações) ou aqueles que foram rejeitados durante a vigília permanecem nos sonhos submetidos, obviamente, às condições do trabalho do sonho (FREUD, 1900).

Ao constatar a presença dos restos diurnos nos sonhos Freud (1917a) realizou, então, uma modificação na proposta do narcisismo do sono. Neste estado o investimento presente em restos da vida de vigília está de fato enfraquecido, mas se participou da formação dos sonhos recebeu reforço de algum sistema psíquico que não

obedeceu ao desejo de dormir do Eu (*Pcs/Cs*). Freud (1917a) afirmou tratar-se da parcela recalçada do *Ics* que manteve o investimento, apesar do estado de sono, em virtude da independência adquirida com o recalque (FREUD, 1917a).

Na medida em que a parte recalçada do *Ics* permaneceu investida, certa quantidade de contrainvestimento tem de ser mantida ativa também durante o sono para manter o recalque frente ao perigo pulsional que está ativo:

(...) o desejo de dormir tenta recolher todas as cargas de investimento que haviam sido enviadas pelo Eu em direção aos objetos e tenta, assim, produzir à noite um narcisismo absoluto. Isto só pode ser conseguido em parte, pois a parcela recalçada pertinente ao sistema *Ics* não cede ao desejo de dormir. Isto torna necessário manter em atividade uma parte dos contra-investimentos, bem como a censura entre o *Ics* e o *Pcs*, ainda que tal atividade esteja reduzida a um patamar muito abaixo do vigente durante o dia. (FREUD, 1917a, p. 82).

A citação acima nos possibilita compreender a origem da censura nos sonhos. Apresenta-se atuante e relacionada aos mecanismos de condensação, deslocamento, figurabilidade e elaboração secundária em virtude da presença nos sonhos de restos de representações repletas de investimentos do *Ics*.

A participação de restos diurnos da vida de vigília nos sonhos configura causas recentes que se somam às causas originais relacionadas à realização de desejos inconscientes, conforme descreveu Freud (1905). Um desejo originário do consciente apenas contribui para a formação de um sonho, sendo necessário receber reforço quantitativo do inconsciente:

É minha suposição que um desejo consciente só consegue tornar-se instigador do sonho quando logra despertar um desejo inconsciente do mesmo teor e dele obter reforço. (FREUD, 1900, p. 582).

Na perspectiva da movimentação de investimentos no que diz respeito ao mundo exterior, Freud (1917a) apresentou três etapas para a formação dos sonhos. A primeira etapa consiste no reforço dos restos diurnos pelo *Ics*. Uma segunda etapa abrange a formação do desejo pré-consciente do sonho, conforme descreveu Freud:

(...) o passo decisivo no processo de formação do sonho: é formado o desejo pré-consciente do sonho, o qual *expressa o impulso inconsciente e é veiculado pelos resquícios diurnos pré-conscientes*. Esse desejo do sonho deve ser claramente diferenciado dos resquícios diurnos; ele não tem necessariamente de ter existido na vida de vigília, e pode já mostrar o mesmo caráter irracional que qualquer material inconsciente traz consigo ao ser transposto para o consciente. (FREUD, 1917a, p. 83).

Freud apresenta na citação acima o desejo do sonho. Compreendemos que se trata de uma demanda pulsional que se constitui no pré-consciente como uma fantasia que realiza o desejo. Este desejo de sonho está vinculado aos restos diurnos pré-conscientes. Tal vinculação é explicada por Freud:

(...) uma representação inconsciente, como tal, é inteiramente incapaz de penetrar no pré-consciente, e só pode exercer ali algum efeito estabelecendo um vínculo com uma representação que já pertença ao pré-consciente, transferindo para ela sua intensidade e fazendo-se “encobrir” por ela. Aí temos o fato da “transferência”, que fornece uma explicação para inúmeros fenômenos notáveis da vida anímica dos neuróticos. A representação pré-consciente, que assim adquire imerecido grau de intensidade, pode ser deixada inalterada pela transferência ou ver-se forçada a uma modificação derivada do conteúdo da representação que efetua a transferência. (FREUD, 1900, p. 591-592).

Na citação acima Freud (1900) descreveu a necessidade da transferência de intensidade de representações inconscientes para representações pré-conscientes na formação dos sonhos. Utilizou novamente o termo “transferência” para abordar a passagem de intensidade de uma representação para outra, assim como a possibilidade de que ocorram alterações no âmbito dos sentidos, em virtude de tal processo. Reforçamos a proposta apresentada anteriormente de que alteração no âmbito dos sentidos consolida uma sobreposição.

Freud constatou por meio da interpretação que os desejos inconscientes advêm da infância. Os traços mnêmicos da infância permaneceram no inconsciente como memória em duas dimensões: i) como traços oriundos das percepções e como ii) vias de descarga para as excitações:

É perfeitamente verídico que os desejos inconscientes permanecem sempre ativos. Representam caminhos que sempre podem ser percorridos, toda vez que uma quantidade de excitação se serve deles. Na verdade, um aspecto destacado dos processos inconscientes é o fato de eles serem indestrutíveis.

No inconsciente, nada pode ser encerrado, nada é passado ou está esquecido. (FREUD, 1900, p. 606).

Freud (1900) apresentou como força instigadora dos sonhos a realização de desejos inconscientes e, a partir das considerações apresentadas até o momento, torna-se possível constatar os diversos desdobramentos presentes neste processo. O desejo inconsciente é a força instigadora, mas emerge a partir da vinculação com uma representação pré-consciente:

Desse ponto de vista, o sonho poderia ser descrito como *substituto de uma cena infantil, modificada por transferir-se para uma experiência recente*. A cena infantil é incapaz de promover sua própria revivescência e tem de se contentar em retornar como sonho. (FREUD, 1900, p. 576, grifos do autor).

Novamente encontramos em Freud uma referência ao termo transferência durante as reflexões sobre a formação dos sonhos. Trata-se da concepção de que no sonho uma cena infantil se transferiu para uma experiência recente. Esta pode ser composta por restos diurnos ou acontecimentos recentes que são representações pré-conscientes. A cena infantil está presente nos sonhos, mas de modo disfarçado.

O retorno desta cena infantil foi possibilitado também pela regressão. Esta constitui a terceira etapa para a formação dos sonhos e ocorre no nível tópico, temporal e formal. A regressão tópica abrange o movimento nos sistemas que nos sonhos ocorrerá pela reversão da excitação do *Pcs/Cs* ao *Ics* e então até o sistema *Pcpt*. Tal processo é, ao mesmo tempo, um retorno a satisfação alucinatória do desejo consolidando a regressão formal, concomitante a regressão temporal: retorno às estruturas psíquicas mais antigas (FREUD, 1917a).

A alucinação esteve presente, hipoteticamente segundo Freud (1917a), no início da vida e participou da diferenciação entre o Eu e a realidade externa. Perante necessidades internas o ser humano vivenciou uma primeira experiência de satisfação. Em momentos posteriores, perante a falta do objeto que proporcionasse satisfação, ocorria o investimento da catexia na imagem mnêmica da percepção, culminando na alucinação. Tratava-se de uma regressão porque o investimento se direcionava para a ativação no âmbito perceptivo de um traço mnêmico já existente. Entretanto, uma vez

que a satisfação alucinatória não era completa, haja vista que o acúmulo de excitação é experienciado pelo aparelho psíquico como desprazer, o psiquismo desenvolveu a capacidade de distinguir uma percepção ilusória da satisfação real, dirigindo-se ao mundo exterior. A inibição da regressão e o desvio da excitação passaram a ser realizadas por um sistema específico responsável pelo sistema voluntário: o *Pcs/Cs*. Neste sentido, o movimento na relação com o mundo exterior ocorre na busca pela satisfação que um dia foi alcançada. Ocorreu, então, a passagem da satisfação alucinatória de desejo para o teste de realidade por meio do estabelecimento do pensamento (FREUD, 1900, 1917a). Afirmou Freud:

O pensamento, afinal, não passa de um substituto de um desejo alucinatório, e é evidente que os sonhos têm de ser realizações de desejos, uma vez que nada senão o desejo pode colocar nosso aparelho anímico em ação. Os sonhos, que realizam seus desejos pela via curta da regressão, simplesmente preservaram para nós, nesse aspecto, uma amostra do método primário de funcionamento do aparelho psíquico, método este que foi abandonado por ser ineficaz. (FREUD, 1900, pp. 595-596).

Na citação acima Freud apresenta o desejo como o responsável pela movimentação no aparelho psíquico. O desejo busca, a partir de uma primeira marcação, restabelecer a satisfação original. Neste processo, os pensamentos emergem como um caminho indireto. Trata-se, novamente, da diferenciação entre processos primário e secundário. O processo primário abrange a livre circulação de energia no aparelho psíquico, enquanto o processo secundário abrange a energia vinculada. O processo primário está vinculado ao sistema *Ics* e o secundário ao *Cs/Pcs*.

No sistema *Cs/Pcs*, por meio do processo secundário, é possível inibir a descarga energética em representações que possam gerar desprazer. Assim como o acúmulo de excitação no aparelho gera desprazer, a catexização de lembranças desprazerosas também gera. Neste sentido, o sistema *Cs/Pcs* busca encontrar uma forma de catexizar lembranças desprazerosas evitando o desprazer (FREUD, 1900). De acordo com Freud, "(...) o segundo sistema só pode catexizar uma representação se estiver em condições de inibir o desenvolvimento do desprazer que venha dela." (FREUD, 1900, p. 627).

Nos sonhos a fantasia formada e que expressa um desejo de sonho se torna consciente na forma de uma percepção sensorial alucinatória. A realização do desejo ocorre por meio da alucinação compreendida psicologicamente como a efetivação do desejo. Trata-se da regressão do pensamento para a imagem sensorial que, por emergir como percepção, proporciona a satisfação almejada. De acordo com Freud, “As partes essenciais do trabalho onírico, embora não sejam fenômenos exclusivos do sonho, são: a formação de uma fantasia que expressa um desejo e regressão dessa fantasia até a alucinação.” (FREUD, 1917a, p. 85).

A dimensão alucinatória acarreta como consequências: a emergência dos desejos escondidos ou reprimidos e a crença de que de fato estão sendo realizados. Freud (1917a) ressaltou que a capacidade de distinguir percepções de representações internas constitui o teste da realidade. Entretanto, nos sonhos a regressão vinda de dentro do aparelho psíquico atingiu diretamente o sistema *Pcpt* sem passar por este teste. Freud (1917a) lançou a proposição de que este teste é realizado pelo sistema *Pcpt*. Entretanto, na medida em que implica em uma movimentação em direção a realidade externa, pressupõe a participação de outro sistema. Lançou então a proposição de que o movimento voluntário é realizado pelo sistema *Cs*. Freud (1917a) propôs então que o sistema *Pcpt* se recobre e coincide com o *Cs*, divergindo do que havia proposto em 1900 (uma diferenciação entre os dois sistemas). O sistema *Pcs* permanece exercendo a censura. Afirmou sobre o sistema *Cs* (*Pcpt*):

Vemo-nos então obrigados, após uma dissecação detalhada do aparelho psíquico, a atribuir exclusivamente ao sistema *Cs*(*Pcpt*) o mérito de ter gerado uma capacidade de orientação no mundo a partir da diferenciação entre interno e externo. Temos então de supor que o *Cs* dispõe de uma inervação motora, através da qual constata se é possível fazer uma percepção desaparecer ou se ela permanece resistente. O teste de realidade não precisa ser nada mais do que esse dispositivo. (...). Daremos ao teste de realidade um lugar de destaque entre as grandes instituições do *Eu*. Nós o situaremos entre os sistemas psíquicos e ao lado das censuras, que já conhecemos bem. (FREUD, 1917a, p. 87, grifos do autor).

Freud (1917a) afirmou na citação acima que o psiquismo desenvolveu a capacidade de diferenciar realidade interna e externa ao constatar que algumas percepções desaparecem e outras não. As percepções que desaparecem são

atribuídas à realidade externa e aquelas que permanecem à realidade interna. Trata-se do teste de realidade que ocorre a partir do sistema *Cs(Pcpt)* (FREUD, 1917a).

Na formação dos sonhos o teste de realidade não ocorre. O estado de sono tem em si um desinteresse pelo mundo externo e consegue, apenas no que diz respeito a concretizar o desejo de dormir, retirar até certo ponto cargas de investimento do sistema *Cs (Pcpt)*, assim como dos sistemas *Ics* e *Pcs*:

Naturalmente, quando o sistema *Cs* não está mais investido, torna-se inviável realizar o teste de realidade e este é suspenso, de modo que as excitações, que haviam seguido o caminho da regressão de forma autônoma e à revelia do estado do sono, encontrarão agora liberado o caminho até o sistema *Cs*, e, ao atingi-lo, serão percebidas como se fossem uma realidade incontestável. (FREUD, 1917a, p. 89).

A partir do investimento no sistema *Cs/Pcpt*, ocorre a diferenciação entre realidade interna e externa. Na medida em que, no estado de sono, tal sistema não está completamente investido, tal diferenciação não ocorre. A realidade interna adquire o caráter de alucinação na medida em que é tida como realidade incontestável (FREUD, 1917a).

Freud (1900) afirmou que todas as características essenciais do sonho são determinadas pelo estado de sono. Compreendemos que este implica no afastamento do mundo exterior. Tal distanciamento oportuniza certa dissolução dos limites entre realidade interna e externa na medida em que tal diferenciação não se faz mais necessária. Trata-se efetivamente de uma regressão na medida em que o sistema *Cs (Pcpt)* é atingido por excitações internas que são percebidas como realidade incontestável perante a ausência do teste de realidade.

Freud (1917a) apresentou a renúncia voluntária ao mundo exterior, diminuição dos investimentos nos sistemas, como semelhante ao que ocorre no recalque. Neste, retira-se a catexia do sistema *Cs/Pcpt* culminando no desinvestimento de uma representação vinculada à realidade. Na medida em que tal representação está vinculada à realidade exterior, o desinvestimento do sistema *Cs/Pcpt* culmina na possibilidade de investimento nas fantasias. Estas se tornam uma realidade mais apropriada ao indivíduo.

Compreendemos a partir das considerações acima, que Freud (1900,1917a), ao apresentar o aparelho psíquico a partir do processo de formação dos sonhos, considerou o modelo onírico como paradigma do funcionamento psíquico. Isso porque os processos presentes na formação dos sonhos: condensação, deslocamento, condições de figurabilidade e elaboração secundária possibilitam a emergência de conteúdos inconscientes.

Destacamos ainda que, nos sonhos, ocorre a sobreposição entre realidade interna e externa. Os sonhos se caracterizam por certo desinvestimento na realidade externa, em virtude do estado do sono. Entretanto permanece nos sonhos a vividez sensorial encontrada no contato com tal realidade.

Ressaltamos que, nos sonhos, ocorre também a sobreposição entre passado e presente. A partir da vinculação com causas recentes, os sonhos oportunizam a revivescência de lembranças vinculadas à infância. Trata-se da realização de desejos infantis que, mesmo sem serem percebidos, se fazem presentes.

O estudo dos sonhos possibilitou, portanto, o contato com os processos pelos quais representações vinculadas ao inconsciente são transformadas em representações acessíveis à consciência:

O sonhar tomou a si a tarefa de recolocar sob o controle do pré-consciente a excitação do *Ics.* que ficou livre; ao fazê-lo, ele descarrega a excitação do *Ics.*, serve-lhe de válvula de escape e, ao mesmo tempo, preserva o sono do pré-consciente, em troca de um pequeno dispêndio de atividade de vigília. Assim, como todas as outras formações psíquicas da série da qual é membro, ele constitui uma formação de compromisso: serve a ambos os sistemas, uma vez que realiza os dois desejos enquanto forem compatíveis entre si. (FREUD, 1900, p. 607).

O sonhar se constitui, portanto, como uma formação de compromisso. O conflito psíquico poderia vir a se estabelecer a partir da descarga de excitação do *Ics.* Entretanto, o sonhar conseguiu colocar sobre o controle do pré-consciente tal excitação, culminando nos disfarces do sonho. Trata-se da constatação de que o psíquico é inconsciente e de que sua emersão implica na efetivação de diversos esforços pelo aparelho psíquico.

1.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MODELO CLÍNICO EM FREUD

1.2.1 A transferência

A transferência como fenômeno clínico foi constatada por Freud já nos *Estudos sobre a Histeria*, conforme Breuer e Freud (1893/95). Ao longo das mudanças que compuseram a passagem do método catártico para a psicanálise propriamente dita, especificamente durante a pressão na testa, Freud (1895) constatou que, quando o paciente insistia em afirmar que não lhe ocorriam pensamentos, surgiam, em alguns casos, representações vinculadas ao analista. Freud (1895) citou o exemplo da paciente que, após a pressão na testa, afirmou não ter recordação alguma. Freud (1895) pontuou que a tentativa de negar a existência de uma representação advinha do seu conteúdo que, provavelmente, estava vinculado ao analista. A paciente confirmou tal suspeita ao descrever o anseio que sentiu, na sessão anterior, de receber um beijo de Freud. Na sequência recordou que, anos antes, teve o anseio de que o homem com quem conversava (assim como estivera conversando com Freud) lhe desse um beijo. Na ocasião o que foi almejado não ocorreu e se fez presente, posteriormente, no tratamento psicanalítico. A recordação não surgiu como uma lembrança, mas como algo vinculado ao presente. Descreveu Freud:

O que aconteceu, portanto, foi isto: o conteúdo do desejo apareceu, antes de mais nada, na consciência da paciente, ligado a minha pessoa, na qual a paciente estava legitimamente interessada; e como resultado dessa *mésalliance* – que descrevo como uma “falsa ligação” – provocou-se o mesmo afeto que forçara a paciente, muito tempo antes, a repudiar esse desejo proibido. Desde que descobri isso, tenho podido, todas as vezes que sou pessoalmente envolvido de modo semelhante, presumir que uma transferência e uma falsa ligação tornaram a ocorrer. Curiosamente, a paciente volta a ser enganada todas as vezes que isso se repete. (FREUD, 1895, p. 314).

Freud (1895) destacou no exemplo descrito a revivescência do “desejo” de ser beijada na relação da paciente com o analista. Neste processo, que foi denominado por Freud (1895) como “falsa ligação”, o “desejo” foi acompanhado pela tendência oposta

(constrangimento) que, originalmente, caracterizou um conflito psíquico. A expressão “falsa ligação” abrange a presença do conflito psíquico, dirigido anteriormente à outra pessoa/situação, na relação estabelecida com o analista. O termo transferência, já neste momento das elaborações de Freud, pode ser compreendido de forma sobredeterminada:

- a) como um movimento de interrupção da cadeia associativa, característico de uma resistência. Isto por que se caracterizava pelo surgimento de uma representação que gerava no paciente receio e/ou vergonha de descrevê-lo culminando na negação da sua existência;
- b) como repetição de um passado no presente da sessão. O fato de se tratar de algo que esteve atuante anteriormente, sendo que a vinculação entre passado e presente não é percebida;
- c) como deslocamento de afeto. Uma vez que o que foi transposto para a atualidade da sessão foi o desejo de ser beijada e não a sua representação correspondente;
- d) como sobreposição entre realidade e fantasia, na medida em que sobre a pessoa do analista se sobrepõe uma construção psíquica.

Destacamos no texto *Interpretação dos Sonhos* três referências à transferência. Nas duas primeiras, Freud cita a “transferência de intensidade” (1900, p. 333 e 621) relacionando-a, portanto, à movimentação energética. Em tais ocasiões Freud abordava a condensação e o deslocamento. Cogitamos na ocasião que a noção de transferência abrangia a possibilidade de movimento no âmbito dos sentidos, incluindo, obviamente, a circulação energética. A terceira referência confirmou nossa hipótese, haja vista ser composta pela descrição do sonho como a transferência de uma cena infantil para uma experiência recente. Compreendemos tratar-se de uma sobreposição. No sonho somam-se às causas recentes desejos infantis.

A recorrência da transferência nos casos clínicos levou Freud, em 1905, a tecer considerações sobre tal processo no âmbito clínico a partir do caso Dora. Compreendemos que a noção de transferência como sobreposição permaneceu.

A importância das elaborações de Freud a partir de Dora reside nas suas contribuições sobre o manejo da transferência na clínica psicanalítica. Temática esta que continuou abordando e que o levou a, posteriormente, generalizar a transferência como um fenômeno característico da neurose, presente não só na clínica psicanalítica, mas em diferentes âmbitos da vida (FREUD, 1912a).

Compreendemos que, no caso Dora, Freud se surpreendeu com a intensidade da transferência e com o completo desconhecimento da mesma pela paciente. Em virtude das implicações transferenciais, a paciente atuou em substituição ao recordar. Vivenciou na relação com Freud a vingança que havia desejado contra outra pessoa (o Sr. K.), abandonando o tratamento. Descreveu Freud:

Assim, fui surpreendido pela transferência e, por causa desse “x” que me fazia lembrar-lhe o Sr. K., ela se vingou de mim como queria vingar-se dele, e me abandonou como se acreditara enganada e abandonada por ele. Assim *atuou* uma parte essencial de suas lembranças e fantasias, em vez de reproduzi-las no tratamento. Naturalmente, não sei dizer qual era esse “x”: desconfio que se relacionasse com dinheiro, ou com ciúmes de uma outra paciente que, uma vez curada, continuara a manter relações com minha família. (FREUD, 1905[1901], p. 114, grifos do autor).

Na citação acima Freud (1905) ressaltou a existência de um elo de ligação entre ele e o Sr. K. Elo que não pôde descobrir qual era. Freud (1905) cogitou que se tivesse percebido a existência da transferência e questionado sobre qual era a semelhança entre ele e o Sr. K., poderia ter acessado conteúdos importantes para a análise:

Então a atenção dela ter-se-ia voltado para algum detalhe de nosso relacionamento, em minha pessoa ou nas minhas condições, por trás do qual se esconderia algo análogo, mas incomparavelmente mais importante, a respeito do Sr. K.; e mediante a resolução dessa transferência a análise teria obtido acesso a um novo material mnêmico, provavelmente ligado a fatos reais. (FREUD, 1905[1901], p. 113).

A partir da análise do caso Dora, Freud pôde constatar a intensidade e o completo desconhecimento da transferência pelo paciente:

Somente a transferência é que se tem de apurar quase que independentemente, a partir de indícios ínfimos e sem incorrer em arbitrariedade. Mas ela é incontornável, já que é utilizada para produzir todos os empecilhos que tornam o material inacessível ao tratamento, e já que só depois de resolvida a transferência é que surge no enfermo o sentimento de convicção sobre o acerto das ligações construídas. (FREUD, 1905(1901), p. 112).

Na citação acima Freud (1905) apresentou a transferência no tratamento psicanalítico como resistência. No ano de 1912, afirmou que a transferência pode se consolidar como resistência ou como facilitador do processo analítico. Diferenciou, então, a transferência em positiva e negativa. A transferência positiva abrange a presença na relação com o analista de sentimentos amistosos acessíveis à consciência e pode também ser composta por aspectos eróticos inconscientes. Em contrapartida, a transferência negativa é composta pela hostilidade (FREUD, 1912a).

A transferência negativa e a transferência positiva com componentes eróticos inconscientes podem consolidar a transferência como resistência:

(...) a solução do enigma é que a transferência para o médico é apropriada para a resistência ao tratamento apenas na medida em que se tratar de transferência negativa ou de transferência positiva de impulsos eróticos reprimidos. (FREUD, 1912a, p. 117).

O caráter de resistência na transferência advém da presença de afetos pertencentes ao passado em uma relação atual. A transferência como resistência no tratamento psicanalítico implica na vivência, por parte dos pacientes, de sentimentos hostis ou interesses amorosos. Freud (1914) afirmou que o paciente ao invés de permanecer na cadeia associativa, experencia tais afetos na relação com o analista. Trata-se de uma atuação em substituição ao recordar.

Freud (1912a) descreveu a transferência como um processo psíquico oriundo do movimento de regressão ao que denominou como protótipos infantis. As percepções da infância permaneceram no sistema inconsciente (*Ics*) como traços mnêmicos (memória) e como vias de descarga para as excitações. (FREUD, 1900). A perspectiva das vias de descarga consiste em um enfoque econômico cuja experimentação produz efeitos qualitativos, elucidando relações entre quantidades e qualidades. Os protótipos infantis presentes na transferência advém dos traços mnêmicos que compõem

fantasias, sendo estas perpassadas pelo dinamismo das excitações psíquicas (perspectiva econômica que se atrela irremediavelmente a um fator qualitativo).

Freud (1912a) afirmou que, quando a necessidade que alguém tem de amar, por exemplo, não é satisfeita pela realidade, ocorre um movimento regressivo, um investimento nas fantasias configurando uma tendência a aproximar-se de outros com ideias libidinais antecipadas. Tal afirmação de Freud (1912a) demonstra a vinculação da transferência à realidade externa. Quando esta se mostra inadequada para a satisfação pulsional, a fantasia, entendida como construção psíquica, é investida, culminando na possibilidade de uma sobreposição entre o esperado e a realidade. Do mesmo modo, trata-se de uma repetição de impressões do passado no presente. Consolida-se, portanto, a sobreposição entre realidade interna e externa, assim como entre passado e presente.

Freud (1912a) apresentou a transferência como uma catexia pronta por antecipação. Sobre a origem deste processo, afirmou:

As peculiaridades da transferência para o médico, graças às quais ela excede, em quantidade e natureza, tudo que se possa justificar em fundamentos sensatos ou racionais, tornam-se inteligíveis se tivermos em mente que essa transferência foi precisamente estabelecida não apenas pelas idéias antecipadas *conscientes*, mas também por aquelas que foram retidas ou que são inconscientes. (FREUD, 1900, p. 112).

Freud apresentou na citação acima a transferência como processo psíquico oriundo de catexias que sofreram recalque ou que são inconscientes desde sempre. A transferência emerge como resistência ao tratamento quando este se depara com forças que fizeram a libido regredir até as imagos infantis. Essas forças são oriundas da frustração da satisfação que culmina na regressão para traços mnêmicos inconscientes que um dia proporcionaram satisfação. Freud (1912a) afirmou que tais traços exercem uma atração culminando na ativação dos impulsos inconscientes do seguinte modo: “Tal como acontece aos sonhos, o paciente encara os produtos do despertar de seus impulsos inconscientes como contemporâneos e reais; procura colocar suas paixões em ação sem levar em conta a situação real.” (FREUD, 1912a, p. 119).

Na citação acima Freud apresenta o fato de que o despertar dos impulsos inconscientes na transferência ocorre conforme uma atemporalidade na medida em que são compreendidos como pertencentes ao presente. Além disso, a dimensão alucinatória também se faz presente, pois se trata da substituição da percepção da realidade pelas catexias libidinais antecipadas. A transferência é um processo importante no tratamento psicanalítico. Entretanto, emerge como resistência na medida em que se consolida como satisfação substitutiva. Ao invés do investimento na realidade exterior, esta é relativamente desinvestida e ocorre a preferência pelas fantasias (catexias libidinais pré-estabelecidas) (FREUD, 1912a).

No que diz respeito, especificamente, a transferência erótica como resistência, tal processo pode se consolidar como atração do paciente pelo analista. Na perspectiva do paciente, conforme Freud (1915), resta consolidar o relacionamento amoroso ou abandonar o tratamento. Freud descreveu ainda que cabe ao analista:

(...) manter um firme domínio do amor transferencial, mas tratá-lo como algo irreal, como uma situação que se deve atravessar no tratamento e remontar às suas origens inconscientes e que pode ajudar a trazer tudo que se acha muito profundamente oculto na vida erótica da paciente para sua consciência e, portanto, para debaixo de seu controle. Quanto mais claramente o analista permite que se perceba que ele está à prova de qualquer tentação, mais prontamente poderá extrair da situação seu conteúdo analítico. (FREUD, 1915, p. 183-184).

Freud (1915) apresentou na citação acima um posicionamento caracterizado pela abstinência, pelo não atendimento das demandas amorosas. Compreendemos tratar-se de um manejo delicado na medida em se trata, na perspectiva do paciente, de um percurso a ser seguido entre a vivência de um afeto e a construção de que se trata de uma repetição de algo pertencente ao passado.

Ainda no que diz respeito ao manejo da transferência pelo analista, Freud (1913) afirmou que, quando esta se faz presente, ocorre a interrupção das comunicações do paciente. Freud (1915) sugeriu, então, que seja comunicado ao paciente que se trata da transferência como resistência. Compreendemos que as comunicações sobre a transferência podem possibilitar o contato com o psíquico em sua dimensão inconsciente.

A partir das considerações de Freud ressaltamos que, na medida em que o paciente coloca suas paixões em ação na transferência, esta se situa no centro do trabalho clínico como reatualização de um conflito psíquico. Impõe novos obstáculos, pois não é possível prever o que ocorrerá:

A transferência cria, assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para outra é efetuada. A nova condição assumiu todas as características da doença, mas representa uma doença artificial, que é, em todos os pontos, acessível à nossa intervenção. Trata-se de um fragmento da experiência real, mas um fragmento que foi tornado possível por condições especialmente favoráveis, e que é de natureza provisória. A partir das reações repetitivas exibidas na transferência, somos levados ao longo dos caminhos familiares até o despertar das lembranças, que aparecem sem dificuldade, por assim dizer, após a resistência ter sido superada. (FREUD, 1914, p. 170).

Na citação acima Freud (1914) confirmou a construção de que a transferência consiste em um espaço intermediário. Trata-se de vivências, afetos, que se presentificam na relação com o analista como pertencentes ao tempo presente. Conforme Freud (1914) comentou acima, trata-se de experiências reais que ocorrem a partir de condições favoráveis. A movimentação psíquica neste âmbito advém da possibilidade de que as recordações ocorram como lembranças e não como atuações que se repetem. Para tanto, as resistências precisam ser superadas. Compreendemos que o recalque exercido tem como objetivo evitar o sofrimento. Deste modo, a superação das resistências implica em um jogo de forças opostas.

Freud (1912a) afirmou que, na transferência, ocorre uma luta no âmbito da relação do paciente com o analista, nas relações entre a dimensão pulsional e o intelecto, e entre a compreensão e a procura pela ação. Deste modo, propôs que a transferência seja abordada apenas quando surgir como resistência. Na medida em que esta surge pode ser superada, culminando no alcance da lembrança esquecida (FREUD, 1913).

A transferência se estabelece como sobreposição entre passado e presente, realidade interna e externa, assim como ocorre nos sonhos. As frustrações, vivenciadas no contato com a realidade externa, associam-se aos conflitos que compõem a

neurose, culminando na reativação de protótipos infantis. Trata-se também da sobreposição entre o que se almeja (fantasias) e a realidade externa.

A partir das considerações acima concluímos que a transferência e os sonhos compõem vivências indicadoras da possibilidade de uma dimensão clínica, na qual movimentações psíquicas podem ocorrer.

1.2.2 A associação livre

Freud (1912a) apresentou ainda como elemento importante no tratamento psicanalítico a associação livre. Freud (1912a) afirmou que esta é uma regra compreendida como fundamental. Consiste na solicitação de que o paciente comunique tudo o que lhe vem como pensamento, sem ceder a quaisquer críticas ou recriminações.

Freud (1900) descreve diferenças importantes entre a reflexão e a auto-observação, característica da associação livre:

Tenho observado, em meu trabalho psicanalítico, que todo o estado de espírito de um homem que esteja refletindo é inteiramente diferente do de um homem que esteja observando seus próprios processos psíquicos. Na reflexão, há em funcionamento uma atividade psíquica a mais do que na mais atenta auto-observação, e isso é demonstrado, entre outras coisas, pelos olhares tensos e o cenho franzido da pessoa que esteja acompanhando suas reflexões, em contraste com a expressão repousada de um auto-observador. Em ambos os casos, a atenção deve ser concentrada, mas o homem que está refletindo exerce também sua faculdade *crítica*; isso o leva a rejeitar algumas das idéias que lhe ocorrem após percebê-las, a interromper outras abruptamente, sem seguir os fluxos de pensamento que elas lhe desvendariam, e a se comportar de tal forma em relação a mais outras que elas nunca chegam a se tornar conscientes e, por conseguinte, são suprimidas antes de serem percebidas. O auto-observador, por outro lado, só precisa dar-se o trabalho de suprimir sua faculdade crítica. (FREUD, 1900, p. 136).

Compreendemos que a diferenciação entre reflexão e auto-observação possibilita tecer considerações sobre as vivências experienciadas em cada uma destas modalidades. A reflexão é acompanhada por uma capacidade crítica, enquanto a auto-

observação, que compõe a associação livre, implica em se deixar levar pelos pensamentos, lembranças e pela vivência da dimensão afetiva. Esta se constitui como um elemento que indica a presença de associações realmente livres.

Freud (1912b) apresentou a contrapartida da regra da associação livre para o analista: a atenção flutuante. Esta é composta pela manutenção da atenção do analista por tudo que é dito pelo paciente, sem direcionamento da mesma para algum ponto específico do relato. Compreendemos que a atenção flutuante é um elemento facilitador do estabelecimento das regiões intermediárias que apresentamos anteriormente na transferência e na associação livre.

Freud (1905) afirmou que o relato do paciente no início do tratamento se assemelha a um rio não navegável, em virtude das lacunas, desconexões que apresenta. Compreendemos que a atenção flutuante como contrapartida da associação livre possibilita o tempo necessário para que a superação das resistências ocorra e para que a história gradativamente demonstre as conexões que a compõem. Além disso, trata-se, obviamente, de movimentações psíquicas possibilitadas pelas condições do tratamento.

1.3 APROXIMAÇÕES ENTRE O MODELO ONÍRICO E O MODELO CLÍNICO EM FREUD

Compreendemos que o modelo onírico proposto por Freud pode ser considerado como paradigma do funcionamento psíquico. Isto porque as condições para a formação dos sonhos: influência da censura, condensação, deslocamento, figurabilidade e elaboração secundária possibilitam a emergência de conteúdos inconscientes: desejos e fantasias. Os sonhos demonstram, portanto, possibilidades de movimentações psíquicas. Movimentações que culminam na possibilidade de mudanças, ou seja, de novas organizações psíquicas, na medida em que são abordadas no âmbito clínico. Destacamos neste a função do analista.

Os sonhos, ao serem interpretados, possibilitam o contato com os conteúdos inconscientes ali presentes, assim como ocorre na associação livre e no estabelecimento da transferência acompanhada pelo cumprimento da regra da abstinência. A função do analista inscreve-se, portanto, por meio das interpretações, da associação livre e da regra da abstinência, como sustentação para movimentações que possibilitam novas organizações psíquicas. Neste sentido, o modelo onírico pode ser considerado também como símile da clínica.

A aproximação entre o modelo onírico e a clínica advém da constatação, no presente capítulo, da existência nos sonhos e na transferência de espaços fronteiros caracterizados pela sobreposição entre realidade interna e externa, passado e presente. Sobreposição que compreendemos resultar do movimento de regressão nas dimensões tópica, formal e temporal.

Constatamos que, nos sonhos, a regressão oportuniza a presença do passado no presente, na medida em que por meio do retorno a estruturas psíquicas mais antigas ocorre a satisfação alucinatória de desejos infantis. Na transferência, trata-se também da sobreposição entre passado e presente em virtude da reativação de protótipos pertencentes ao período da infância.

De modo semelhante, a regressão oportuniza a sobreposição entre realidade interna e externa nos sonhos e na transferência. Nos sonhos, ocorre certo desinvestimento na realidade externa, oportunizado pelo estado de sono. Na transferência perante as frustrações da satisfação pulsional em virtude de condições externas reais associadas aos conflitos que compõe a neurose, os relacionamentos estabelecem-se a partir dos protótipos infantis, ou seja, perpassados por fantasias inconscientes.

Seja entre passado e presente ou entre realidade interna e externa, trata-se da superação das resistências para acessar o inconsciente. Neste sentido, os sonhos e a transferência se consolidam como movimentações psíquicas que possibilitam a emersão dos conteúdos inconscientes. Emersões que se fazem presente na vida cotidiana, mas que encontram no âmbito do tratamento um espaço para serem decantadas possibilitando o contato com dimensões afetivas até então adormecidas.

Freud (1913) afirmou que o conhecimento na análise não reside em sabê-lo, mas em superar as resistências que ocasionaram o seu desconhecimento:

Os pacientes conhecem agora a experiência reprimida em seu pensamento consciente, mas falta a este pensamento qualquer vinculação com o lugar em que a lembrança reprimida, de um ou outra maneira, está contida. Nenhuma mudança é possível até que o processo consciente de pensamento tenha penetrado até esse lugar e lá superado as resistências da repressão. (FREUD, 1913, p. 156).

Destacamos nos elementos abordados: sonhos, transferência e associação livre a intensidade do que é vivenciado. Compreendemos que a descrição de Freud (1914) sobre três momentos na técnica analítica elucida a importância da dimensão de tais vivências no tratamento. Isto por que as mudanças na técnica consolidam a passagem da busca pelo momento em que havia se formado os sintomas para o abandono de tal foco e a ênfase na recordação e elaboração. Deste modo, os objetivos do tratamento permaneceram os mesmos: preencher lacunas na memória e superar resistências, afirmou Freud (1914). Entretanto, não se trata do desvelamento de um enigma pontual, mas de movimentações psíquicas que culminam em vivências peculiares no âmbito do tratamento psicanalítico. Vivências que implicam na superação das resistências e alcance do inconsciente. Ou seja, não se trata de um simples recordar desafetado. Trata-se de um (re)viver as experiências infantis que ao se reatualizarem no campo transferencial ganham possibilidades de transformação e novas significações.

Parece-nos interessante destacar a importância da intensidade das vivências em um campo clínico no qual ocorre uma sobreposição temporal (passado e presente se conectam) e espacial (realidade interna e externa se entrelaçam) para que estas se constituam como transformadoras, pois essa proposta pode ser tomada como uma ponte para as considerações teórico/clínicas alicerçadas por Winnicott e o seu modo original de pensar o desenvolvimento emocional e a clínica que lhe é concernente. No próximo capítulo discorreremos sobre esses pontos concentrando-nos, sobretudo, nas noções winnicottianas de transicionalidade, de ambiente e de brincar na medida em que estas nos permitem situar os movimentos clínicos e a função do analista.

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MODELO CLÍNICO EM WINNICOTT

Em análise se pergunta: *quanto* se deve fazer?
Em contrapartida, na minha clínica o lema é:
quão pouco é necessário ser feito?
(WINNICOTT, 1962, p. 152).

Winnicott (1962) diferenciou a ação de “trabalhar como um analista” da realização da “análise padrão”. Justificou sua postura com a seguinte afirmação: “A análise só pela análise para mim não tem sentido. Faço análise porque é do que o paciente necessita. Se o paciente não necessita análise então faço alguma outra coisa.” (WINNICOTT, 1962, p. 152). Constatamos em tal afirmação uma perspectiva sempre presente nas contribuições de Winnicott: a adaptação do analista às necessidades do paciente. Esta perpassa o modo como Winnicott aborda o desenrolar do psiquismo, a partir do desenvolvimento emocional primitivo, e está presente nas propostas de intervenção terapêutica por meio de diferentes elementos. Destacamos entre eles, o manejo e o *setting*.

A “análise padrão”, segundo Winnicott (1914), consiste em se comunicar com o paciente a partir da posição ocupada pelo analista na transferência. Nesta, trabalha-se com os pacientes descritos pelo autor como “adequados”, pacientes neuróticos, e são abordados os relacionamentos com outras pessoas a partir das fantasias conscientes e inconscientes que enriquecem e complicam esses relacionamentos. Compreendemos que a proposta de “trabalhar como um analista” esteve relacionada, inicialmente, à clínica psicanalítica de Winnicott com pacientes psicóticos. Winnicott (1945) descreveu a perspectiva de intervir a partir da ênfase nas fantasias do paciente sobre si mesmo. Estas abrangem a organização interna e sua origem reside nas experiências instintivas¹ em si mesmas. Compreendemos tratar-se de um período primitivo da vida emocional (WINNICOTT, 1945).

¹ Winnicott apresenta a dimensão instintiva a partir da fusão de impulsos agressivos (que possibilita atribuição das qualidades de realidade e externalidade aos objetos) com impulsos eróticos (capacidade de satisfação libidinal) (WINNICOTT, 1959-64).

A prática clínica psicanalítica de Winnicott ocorreu também com pacientes neuróticos. Seu desenrolar se fez em diferentes contextos: no consultório, no hospital e em uma instituição de psicanálise conforme Winnicott (1942, 1955a, 1955b). Nos seus textos, encontramos referências a situações que suscitaram adaptações da sua parte, tais como:

- a) falta de horário para atender durante uma hora um paciente (WINNICOTT, 1955a);
- b) atendimentos após longo período (seis em seis meses) em virtude da distância da residência do paciente (WINNICOTT, 1951);
- c) nos atendimentos de crianças: indisponibilidade da mãe (ou substituto) para dispor de duas ou três horas diárias, sustentar a confiança no profissional durante período sem mudanças no paciente, arcar com recursos financeiros para o transporte (WINNICOTT, 1942);
- d) demanda por atendimento maior do que a oferta (WINNICOTT, 1965).

Ressaltamos que tais situações também ocorrem na instituição na qual estamos inseridos e, do mesmo modo, se consolidam como obstáculos. Buscamos, neste capítulo por meio do estudo da obra de Winnicott, acompanhar as alternativas propostas pelo autor para superar as dificuldades encontradas. Além de tais vivências, Winnicott foi influenciado pela formação inicial em pediatria e pela sua dedicação aos problemas emocionais da criança e do bebê. Conforme já mencionado, somou-se o fato de ter tido seu interesse despertado para o estudo da análise de pacientes psicóticos. Winnicott pôde, então, tecer considerações sobre o desenvolvimento emocional primitivo, pertencente ao início da vida humana e presente também nas neuroses (WINNICOTT, 1945).

2.1 MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

Perpassado pelos impedimentos à análise padrão e pela concepção de desenvolvimento emocional primitivo, Winnicott (1955a, 1977) apresentou diferentes modalidades de intervenção. Destacamos na proposta do autor de “trabalhar como um analista” o tratamento a partir da demanda, a psicanálise compartilhada e as consultas terapêuticas (WINNICOTT, 1955a, 1977).

O tratamento de acordo com a demanda foi apresentado por Winnicott (1977) no caso *Piggle* como resultante do fato da criança morar longe do local em que os atendimentos eram realizados. O diferencial de tal proposta está no fato das sessões ocorrerem sem frequência estipulada: conforme a necessidade o paciente solicita um atendimento, configurando um tratamento conforme a demanda ou a pedido. No caso *Piggle*, os atendimentos iniciaram quando a paciente estava com dois anos e cinco meses de idade. Winnicott alternou momentos de tratamento da paciente, que ocorreram a pedido desta, com a troca de correspondências entre ele e os pais da criança (WINNICOTT, 1977).

Há, segundo Clare Winnicott, no manuscrito do caso *Piggle*, uma breve referência à proposta de intervenção denominada psicanálise compartilhada. Parece que Winnicott compreendeu que o relacionamento estabelecido com os pais de *Piggle* se assemelhou a tal proposta. Winnicott apenas listou aspectos que, no nosso entendimento, compõem a psicanálise compartilhada: manutenção da confiança dos pais no tratamento, ausência de interferências destes e realização de um trabalho distinto de uma terapia de família. Compreendemos que, na psicanálise compartilhada, os pais são convidados a participarem do tratamento, conforme a disponibilidade demonstrada (WINNICOTT, 1977).

Em um caso anterior ao de *Piggle*, Winnicott se deparou com a falta de tempo para atender uma menina de seis anos e também contou com a colaboração dos pais. O tratamento consistiu em entrevistas semanais de dez a vinte minutos em que se alternava o atendimento da criança e o fornecimento de orientações à mãe que consistiam, principalmente, no fortalecimento de posturas e ações adotadas por ela e

pela família desde o momento em que ocorreu o agravamento do quadro. Sobre este caso comentou:

Passei a tentar entender como era essa família, e descobri que eles haviam se transformado num hospital psiquiátrico a serviço da menina. Os pais arranjaram as coisas de modo que ninguém batesse à porta, pois a criança temia as batidas. O leiteiro teria que deixar o leite do lado de fora do portão em vez de na soleira da porta. O carteiro e o entregador de carvão receberam instruções semelhantes. Nem mesmo aos parentes foi permitida a visita, e assim por diante. A família toda estava envolvida. Em que clínica seria possível conseguir tudo isso? Tive que perguntar a mim mesmo se eu poderia fornecer algo melhor do que ela estava recebendo em casa, e cheguei à conclusão de que não. Expliquei à mãe o significado do que ela estava fazendo e perguntei-lhe se ela podia continuar. (WINNICOTT, 1955a, p. 192-193).

O caso acima era o de uma paciente psicótica. Esta foi encaminhada para Winnicott com a solicitação de que este a internasse em uma clínica. Entretanto, Winnicott pôde constatar que a casa na qual residia a paciente assumiu a forma de suas defesas, possibilitando a esta se identificar e viver neste espaço. As mudanças adotadas pela família consistiram, portanto, em adaptações temporárias às necessidades da menina (WINNICOTT, 1955a).

A terceira modalidade que destacamos em Winnicott são as consultas terapêuticas. Estas são constituídas por uma ou mais entrevistas nas quais se busca criar um ambiente de confiança, no qual o paciente apresenta o seu sofrimento na ânsia de ser ajudado. Winnicott ressaltou que a confiança, desconfiança ou até mesmo confiança em excesso podem estar presentes demonstrando, deste modo, uma parte do mundo interno do paciente. No nosso entendimento as consultas terapêuticas resultam de um questionamento proposto por Winnicott: “Em análise se pergunta: *quanto* se deve fazer? Em contrapartida, na minha clínica o lema é: *quão pouco* é necessário ser feito?” (1962, p. 152, grifos do autor). As consultas terapêuticas se caracterizam pela brevidade na duração, que não inviabiliza a presença de comunicações significativas. O surgimento destas pode ser facilitado pelo que Winnicott (1964-68) nomeou como Jogo do Rabisco: uma forma de brincar em que analista e paciente elaboram rabiscos que são transformados em desenhos. O analista faz um rabisco aleatório e o paciente o transforma em um desenho, na sequência invertem-se

as atribuições. Destacamos, nos casos relatados por Winnicott (1971c), certa surpresa dos pacientes com o contato com ideias e sentimentos que estavam presentes, sem terem sido percebidas até então. Ressaltamos a importância da aceitação pelo analista de tudo que se apresenta na consulta terapêutica como uma comunicação passível de ser interpretada e de ser confirmada ou rejeitada pelo pacientes (WINNICOTT, 1965).

Ainda no que diz respeito à consolidação da proposta de “trabalhar como um analista” afirmou Winnicott sobre o tratamento de acordo com a demanda em comparação com a análise padrão:

(...) o método “de acordo com a demanda” oferece vantagens sobre o método de sessões diárias cinco vezes por semana. Por outro lado, não se deve pensar que um meio-termo seja válido; ou a análise é feita em termos de sessões diárias, ou, caso contrário, a criança deve ser atendida a pedido. Os tratamentos com uma sessão semanal, que se tornaram um meio-termo de aceitação praticamente geral, têm validade questionável, pois ficam entre dois extremos e impedem a consecução de um trabalho de real profundidade. (WINNICOTT, 1977, p. 18).

Destacamos na citação de Winnicott o rigor com que propôs novas formas de tratamento inspiradas na psicanálise. De modo semelhante, Winnicott diferencia as consultas terapêuticas da análise padrão:

É avisado, porém, não pensar em termos de *psicanálise* para os casos em que a consulta psicoterapêutica, com seu objetivo limitado, não alcança êxito; é melhor, se a psicanálise tem probabilidade de ser uma proposição prática, trabalha-se desde o início com base em que a psicanálise será incentivada. A razão para isto é que um uso muito intenso da primeira entrevista tende a tornar difíceis os estágios iniciais de uma análise clássica, especialmente se esta tiver de ser feita por outra pessoa que não seja terapeuta inicial, que foi fundo e rápido na primeira entrevista ao tentar efetuar um diagnóstico. (WINNICOTT, 1965, p. 247).

Compreendemos que as modalidades de intervenção propostas por Winnicott baseiam-se no atendimento às necessidades do paciente. Em virtude de fatores reais que podem se impor como obstáculo ao tratamento clássico, Winnicott propôs o tratamento a pedido, a psicanálise compartilhada e as consultas terapêuticas. Acreditamos que, nessas propostas de intervenção, Winnicott, em continuidade ao que encontramos no trabalho freudiano abordado no capítulo anterior, enfatiza a vivência

clínica. Assim, no presente capítulo, destacaremos dois elementos: o ambiente e o brincar, para neles encontrarmos a noção de transicionalidade como elemento central do movimento clínico.

Iniciaremos com a concepção de desenvolvimento emocional primitivo e a desdobramos até a noção de ambiente. Na sequência, discorreremos sobre o brincar e sobre o seu desenrolar nas intervenções terapêuticas (WINNICOTT, 1945, 1951, 1967a, 1968a, 1988).

2.2 O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL PRIMITIVO

Na inserção institucional, o contato com bebês suscita, em um primeiro momento, um encantamento pelos mesmos. Mesmo que a equipe médica ainda esteja investigando o comprometimento neurológico existente, o deslumbramento e a disponibilidade para interagir com indivíduos tão pequenos se fazem presentes. Ou seja, para além das limitações que se apresentarão nas possibilidades de funcionamento cerebral, investimentos afetivos estão presentes e culminam, então, em questionamentos sobre o que bebês ainda tão pequenos e frágeis fisicamente, estão vivenciando emocionalmente.

Winnicott (1957) demonstrou ter um questionamento semelhante e, por meio da observação de bebês, constatou que algo ocorre entre os cinco ou seis meses de vida. Tomando como referências os autores contemporâneos à sua época, Winnicott pôde confirmar sua hipótese. O autor considerou a afirmação de Anna Freud de que, até os cinco ou seis meses, o bebê está mais interessado no modo como está sendo cuidado do que em determinadas pessoas, assim como a alegação de Bowlby (*apud Winnicott 1957*) de que até aproximadamente os cinco meses o bebê ainda não se sente individualizado, sendo que o fato de ser separado da mãe o afeta menos do que depois dos seis meses. Winnicott, por sua vez, pôde observar que bebês de cinco ou seis meses são capazes de agarrar objetos e levá-los à boca e somente posteriormente dão sequência a este gesto, deixando o objeto cair deliberadamente e consolidando com

esta ação um jogo. Afirmou também que tal processo pode ocorrer antes ou depois dos seis meses, sem sinalizar um quadro patológico (WINNICOTT, 1945, 1957).

Destacamos nas contribuições de Anna Freud, Bowlby e do próprio Winnicott, o cuidado de observar o que o bebê apresentava. Em tão tenra idade, a observação se constituiu como elemento primordial para a apresentação de qualquer consideração sobre os desdobramentos psíquicos ali presentes. Destacamos a sensibilidade de Anna Freud em distinguir a que a atenção do bebê estava dirigida, constatando a impossibilidade deste de perceber os outros. Proposição confirmada por Bowlby (*apud* Winnicott 1957) ao descrever que o bebê não se demonstrava influenciado pela separação da mãe ou de quem cuida entre os cinco e seis primeiros meses. Em continuidade, Winnicott (1957) destacou a repetição da ação de derrubar deliberadamente um objeto como sinal da consolidação de um jogo. Trata-se, portanto, da ênfase nas primeiras relações estabelecidas pelo bebê consigo mesmo e com a realidade externa como existência de objetos distintos do bebê, presença/ausência e possibilidades de relacionamento.

O estabelecimento de um jogo, um brincar com o objeto, depende, segundo Winnicott (1945), do desenvolvimento físico por implicar na capacidade de ver o objeto, mas envolve também os aspectos emocionais. Winnicott (1945) enfatizou que, neste início do brincar, o bebê demonstra que possui um interior e um exterior: sabe que pode manipular objetos pertencentes ao exterior e livrar-se deles quando alcançou o que desejava. Winnicott (1945) pôde observar que inicialmente tal processo ocorre em alguns momentos específicos e que, paralelamente, desenvolve-se no bebê a capacidade de relacionar-se com a mãe percebida como pessoa distinta dele, ao qual gradativamente reconhece e passa a atribuir importância. A possibilidade de se vivenciar um brincar implica, portanto, no reconhecimento de uma distinção entre realidade interna e externa: tanto no âmbito dos objetos manipulados como brinquedo quanto no relacionamento com a mãe.

Ressaltamos que, ao longo das teorizações de Winnicott, há diversas referências à mãe. Ele enfatiza, entretanto, que não se trata da exclusão do pai, mas que, durante o desenvolvimento emocional primitivo, o lado materno do pai ou de outros cuidadores possui importância. Compreendemos que mesmo perante a dedicação

concreta da mãe ao desenvolvimento do bebê, faz-se necessário o suporte de outras pessoas para que a mãe se sinta livre para se manter permanentemente atenta ao bebê (WINNICOTT, 1945, 1968a).

Visando a fidedignidade à complexidade da proposta de desenvolvimento emocional primitivo, o abordaremos como: a) conjunto formado pelos processos de integração, personalização e realização; b) desenvolvimento das relações de objeto e c) passagem da dependência para a independência (WINNICOTT, 1963).

2.2.1 O desenvolvimento emocional primitivo a partir da integração, personalização e realização

Winnicott (1945) apresentou como pertencente ao desenvolvimento emocional primitivo três processos: a integração, a personalização e a sensação de realização (WINNICOTT, 1945). Compreendemos tratar-se de três processos inter-relacionados. A apresentação de cada um é perpassada por pontos que ao serem descritos aproximam-se do(s) outro(s) processo(s).

A integração possibilita, segundo Winnicott (1988), o estabelecimento do sentimento de eu (*self*) e de uma realidade interna e outra externa inter-relacionadas. Em um início teórico, Winnicott (1988) propôs que o bebê experencia um estado de não-integração primária, acompanhado por uma não-consciência. O bebê não distingue entre ser pedacinhos ou ser um único ser. Na medida em que o bebê vivencia exigências instintivas, estas geram um movimento aglutinador, constitutivo do sentimento de eu (*self*). Os cuidados ambientais também são importantes, sendo cada cuidado físico um cuidado psicológico que auxilia nesta aglutinação e emergência da personalidade. Winnicott (1988) destaca a importância dos cuidados com o bebê, até mesmo, na ação de carregar o mesmo. Torna-se relevante a continuidade no movimento instaurando início, meio e fim para evitar o que Winnicott (1988) nomeou como falha ambiental.

Perante provisões ambientais adequadas, o bebê assimila, inicialmente, pedaços dos cuidados, assim como partes do que é visto, ouvido, cheirado. Gradualmente estes são reunidos e transformados num único ser: a mãe. Concomitantemente ao desenvolvimento da capacidade do bebê de se tornar capaz de incorporar e reter lembranças do cuidado ambiental, ocorre à constituição do eu (*self*), consolidando a diferenciação entre ele e uma realidade externa (WINNICOTT, 1945, 1988).

A integração, segundo Winnicott (1988), ocorre em breves momentos e só gradualmente se transforma em um fato. É importante que o bebê possa usufruir de momentos de relaxamento em que experencia a não-integração como um estágio intermediário. Após atingida a integração o seu oposto denominado desintegração constitui um estado patológico (WINNICOTT, 1988).

A personalização, por sua vez, consiste no sentimento de se estar vivendo dentro do próprio corpo. A partir de diferentes experiências que expressam o cuidado do ambiente com o bebê: manutenção da criança aquecida, o segurar, dar banho, chamar pelo nome, entre outros, este tem a oportunidade de vivenciar a continuidade. Esta possibilita, em nível do desenvolvimento do ego, uma união entre corpo e psique, consolidando um encontro. Destacamos também neste processo, a importância da mãe com a função de espelho para o bebê. Este, ao olhar para o rosto da mãe, tem a oportunidade de ver a si mesmo, consolidando um processo em que o bebê se enriquece e também pode descobrir o significado das coisas que são vistas, na medida em que é refletido pelo rosto da mãe. Quando ocorrem falhas no processo de personalização, o indivíduo pode experimentar a despersonalização. Winnicott (1945) citou o caso de uma paciente psicótica que se deu conta, em análise, de que na infância compreendia que sua irmã gêmea, ao seu lado no carrinho, era ela mesma (WINNICOTT, 1945, 1988).

Tão significativo quanto à personalização é o estabelecimento do psicossoma. Neste processo, Winnicott (1988) afirmou que o soma² existe em um primeiro momento.

² Winnicott (1988) descreve o psicossoma ora como parceria entre o soma e a psique, ora como parceria entre o corpo e a psique. Ao longo da nossa pesquisa não foi possível delinear as diferenças entre a noção de soma e de corpo. Optamos, então, por apresentar detalhes dos processos de personalização e

A psique se desenvolve a partir da elaboração imaginativa das funções somáticas. Trata-se da atribuição de sentidos para as funções do soma pelo imaginar, pela construção de fantasias conscientes e inconscientes. Winnicott (1988) propõe o termo “psicossomática” em oposição a proposta de divisão entre “mental” e “físico”. Implica no soma e psique interligados, sendo os distúrbios psicossomáticos segundo Winnicott: “(...) alterações do corpo ou do funcionamento corporal associadas a estados da psique.” (1988, p. 44). O psicossoma abrange, portanto, a fisiologia das mudanças somáticas, assim como os conflitos da psique. Considerando no plano teórico a possibilidade de existência do soma/corpo e da psique como elementos separados, compreendemos que o psicossoma compõe uma terceira entidade. Esta construção contribui para o entendimento dos estados patológicos de desintegração e despersonalização. Nestes casos, compreendemos tratar-se de uma fragmentação na parceria entre psique e soma, em oposição à articulação entre ambos.

O terceiro processo, sensação de realização, implica, segundo Winnicott (1945), na apreciação do tempo, espaço e de outros aspectos da realidade, por meio da tomada de consciência de que os mesmos não são frutos da imaginação. Ocorre após a integração e a personalização. Compreendemos tratar-se de um processo que também depende da experiência de continuidade vivenciada pelo bebê, para que este possa gradativamente perceber elementos distintos de si mesmo. Na medida em que a sensação de realização ocorre, mecanismos psíquicos tais como as fantasias podem se desenvolver. A fantasia pode estar presente no intercâmbio da realidade interna do indivíduo com a realidade externa na função de instigadora da imaginação. Quando ocorrem falhas no processo que promove a sensação de realização, a fantasia pode se apresentar de modo dissociado, consolidando uma dificuldade entre pensar e o fato de realizar uma ação que implica na movimentação corporal (WINNICOTT, 1971b).

Destacamos nos processos de integração, personalização e realização, propostos por Winnicott (1945), a diferenciação entre realidade interna e externa, embora ambas permaneçam relacionadas, e a consolidação do sentimento de eu (*self*).

Compreendemos que tais processos são possíveis a partir da experiência de ilusão vivenciada por parte de bebê (WINNICOTT, 1945).

A experiência de ilusão abrange a hipótese teórica de que o bebê, em determinado ambiente constituído pela experiência de continuidade, é capaz de conceber a ideia de algo que atenderia às suas necessidades. Neste processo o bebê não sabe inicialmente o que pode ser criado. Na medida em que a continuidade se faz presente o bebê por meio da visão, cheiro e sensação tátil do seio³ tem sua vida emocional enriquecida. Tais traços de percepção permanecem como lembranças e surgem nos momentos seguintes de necessidade, não apenas como ideias, mas como alucinações (WINNICOTT, 1945, 1951).

Nos cuidados com o bebê, a mãe apresenta o seio continuamente. Quando ocorre a adaptação da mãe às necessidades do mesmo, constituindo a “maternagem suficiente boa”, conforme Winnicott (1968a), ela proporciona ao bebê a ilusão de que existe uma realidade externa correspondente à sua capacidade de criar. Ocorre uma sobreposição entre o que a mãe supre e o que a criança poderia conceber. Trata-se de um momento importante do desenvolvimento emocional primitivo do bebê: a sua primeira criação, denominada criação primária. Processo que consiste também na vivência do sentimento de eu (*self*) na medida em que a coincidência entre a criação (realidade interna do bebê) e algo da exterioridade consolidam um encontro, promovendo a sensação de ser uno (WINNICOTT, 1945, 1951).

Visando dar continuidade a descrição do estabelecimento da realidade interna e externa, abordaremos o desenvolvimento emocional primitivo a partir do estabelecimento das relações de objeto.

³ Compreendemos que nas referências de Winnicott ao seio está presente o paradoxo. Trata-se tanto do seio na sua concretude, relacionado aos cuidados ambientais, assim como do que o bebê assimila de tais experiências.

2.2.2 O desenvolvimento emocional primitivo a partir das relações de objeto

A experiência de ilusão composta pela sobreposição entre o que se apresenta da realidade e a capacidade de criação do bebê ocorre na medida em que o bebê é capaz de alucinar. Ou seja, trata-se do estabelecimento de um objeto denominado por Winnicott como objeto subjetivamente concebido, a partir dos cuidados dedicados continuamente ao bebê. Pertence ao processo de estabelecimento da realidade interna e externa a existência de tais objetos subjetivamente concebidos em direção à diferenciação com os objetos objetivamente percebidos (WINNICOTT, 1945, 1951).

Na medida em que a mãe oportuniza a experiência de ilusão, o bebê por meio dos cuidados já recebidos e da sua tendência ao desenvolvimento⁴ adquire gradativamente maior autonomia. A mãe pode então falhar em alguns momentos da sua adaptação ao bebê, e este experencia a desilusão. A desilusão implica na aceitação gradativa da realidade externa na medida em que há um descompasso entre o que é criado pelo bebê e o que se apresenta na realidade externa. Entre a ilusão e a desilusão, Winnicott constatou, a partir da observação de bebês, a existência de uma área intermediária. Esta se consolida como uma área de repouso no processo de diferenciação entre interno e externo e ocorre a partir da primeira posseção de um objeto externo pelo bebê (WINNICOTT, 1951).

O bebê, a partir das suas experiências autoeróticas de sugar o polegar, o punho experencia também à aproximação de objetos externos: leva um objeto a boca, junto com os dedos; casualmente um pedaço de tecido pode ser segurado e até mesmo chupado; um fio de lã pode ser usado para se autoacariciar; pode ocorrer a emissão de balbucios, sons anais, entre outros. Um destes objetos ou fenômenos pode vir a se tornar importante para o bebê na hora de dormir ou nos momentos em que se sente

⁴ Winnicott ressalta em suas teorizações o potencial herdado do indivíduo. Este abrange a herança genética e física que pode se desenvolver quando o ambiente atende as necessidades iniciais do bebê (WINNICOTT, 1963).

fragilizado. Compõem então o que Winnicott nomeou como objetos e fenômenos transicionais (WINNICOTT, 1951).

Os objetos transicionais promovem o estabelecimento de uma área intermediária na medida em que não passam pelo teste de realidade, culminando, por parte do bebê, no desenvolvimento gradativo da capacidade de aceitar diferenças e similaridades entre a realidade interna e externa. No contato com o seio real da mãe, o bebê introjeta um seio que é subjetivamente concebido, ou seja, trata-se do estabelecimento de um fenômeno subjetivo. Os objetos transicionais se constituem como símbolos deste seio introjetado, por isso proporcionam certa tranquilidade ao bebê. Segundo Winnicott, uma condição fundamental se faz necessária para a existência de objetos e fenômenos transicionais:

Do objeto transicional, pode-se dizer que se trata de uma questão de concordância entre nós e o bebê, de que nunca formulemos a pergunta: “Você concebeu isso ou lhe foi apresentado a partir do exterior?” O importante é que não se espere decisão alguma sobre esse ponto. A pergunta não é para ser formulada. (WINNICOTT, 1951, p. 28).

Destacamos na citação acima a referência de Winnicott (1951) à noção de paradoxo sempre presente nas suas elaborações. Nos objetos transicionais trata-se da concepção de um objeto pelo bebê e, paradoxalmente, da apresentação de um objeto pela exterioridade. Compreendemos que o paradoxo é de extrema importância na obra de Winnicott. No que diz respeito ao desenvolvimento emocional primitivo, concretiza a articulação entre o potencial herdado do indivíduo (que diz respeito à individualidade do bebê) e o ambiente (representante da realidade externa, concretizado por meio dos cuidados da mãe ou daquele que cuida). Destacamos na proposta do paradoxo a consolidação de encontros: da criação primária com o objeto externo, do *setting* e manejo com as necessidades do paciente, entre outros. A efetivação de encontros tornou-se inspiração para o trabalho que desenvolvemos na instituição de saúde pública na medida em que consolida nossa proposta de focarmos o âmbito das vivências.

No contato com os objetos transicionais, o bebê se abstém da busca por uma localização dos mesmos na realidade interior ou exterior. Trata-se de uma área intermediária entre a criatividade primária e a percepção objetiva baseada no teste da

realidade. Os objetos transicionais implicam, portanto, no uso da ilusão. Compreendemos tratar-se do encontro entre realidade interna e externa o que possibilitará, na sequência, a atribuição de significados para as relações estabelecidas pelo indivíduo com os objetos externos. Gradativamente ele experencia a passagem de um controle onipotente (mágico) para o controle pela manipulação. Isto na medida em que a experiência de desilusão se faz presente (WINNICOTT, 1945, 1951).

A manipulação dos objetos transicionais possibilita gradativamente o surgimento do simbolismo. Na medida em que o bebê experencia a desilusão e a perda da onipotência, pode então atribuir importância ao objeto que é manipulado a partir da realidade que ele possui. Distancia-se de uma relação com objetos a partir da projeção, processo no qual o objeto existe em razão do bebê. Winnicott (1968) nomeou este processo inicial como o estabelecimento das relações de objeto, nas quais os objetos são subjetivamente concebidos. Perante condições favoráveis para o desenvolvimento emocional do bebê, este destrói o objeto no sentido de colocá-lo fora da área do seu controle. Winnicott (1968) defende a utilização do termo destruição na medida em que possibilita destacar o fato de que o objeto pode não sobreviver. Quando isto ocorre os objetos transicionais perdem seu valor: ocorre um desinvestimento (WINNICOTT, 1951, 1968b).

Na medida em que o objeto é destruído, colocado para fora do campo de onipotência do indivíduo, ele pode sobreviver à destruição. Isto significa que o objeto continua sendo investido, possuindo valor para o indivíduo. Esta permanência do valor no objeto é possibilitada pela fusão da tendência à agressividade (impulso destrutivo) com o amor. A partir disso, o sujeito pode usar o objeto, ou seja, ele pode ser objetivamente percebido, compondo um mundo de realidade compartilhada (WINNICOTT, 1963, 1968b).

No que diz respeito à transicionalidade, Winnicott (1951) afirmou que é passível de estar presente nos objetos. Entretanto, os objetos não são transicionais por si mesmos. Eles representam a transição do bebê do estado em que este está fundido com a mãe para o estado em que está em relação com ela, como algo externo e separado:

O objeto constitui um símbolo da união do bebê e da mãe (ou parte desta). Esse símbolo pode ser localizado. Encontra-se no lugar, no espaço e no tempo, onde e quando a mãe se acha em transição de (na mente do bebê) ser fundida ao bebê e, alternativamente, ser experimentada como um objeto a ser percebido, de preferência a concebido. O uso de um objeto simboliza a união de duas coisas agora separadas, bebê e mãe, no ponto, no tempo e no espaço, do início de seu estado de separação. (WINNICOTT, 1967a, p. 135).

A transicionalidade como um atributo na relação com os objetos possibilita a consolidação gradativa do tempo e espaço, assim como da distinção entre realidade interna e externa. A união da mãe com o bebê, por meio dos cuidados dispensados para o seu desenvolvimento emocional, emerge como elemento importante. Buscaremos aprofundar tal entendimento de Winnicott a partir da apresentação do desenvolvimento emocional primitivo na perspectiva da dependência rumo à independência.

2.2.3 O desenvolvimento emocional primitivo a partir da dependência rumo à independência

Em uma das diferentes abordagens do desenvolvimento emocional primitivo, Winnicott (1963) apresentou três categorias: a dependência absoluta, a dependência relativa e rumo à independência. Nestes processos, destacou a existência de mais um paradoxo: o bebê é dependente e independente ao mesmo tempo. Independente por que os seus processos de maturação dependem do potencial herdado e, paradoxalmente, dependente também por que seu desenvolvimento está relacionado à existência de provisões ambientais. De modo semelhante, o estágio de independência absoluta não é alcançado, pois há na interação social o estabelecimento de uma região comum, compartilhada: o campo das experiências culturais (WINNICOTT, 1963).

O primeiro estágio, dependência absoluta, ocorre durante o primeiro período de vida do bebê. Este depende da provisão ambiental tanto no que diz respeito à “preocupação materna primária” assim como quanto a existência de condições que a possibilitem. Compreendemos que a preocupação materna primária abrange uma

devoção da mãe aos cuidados do bebê. Compõe uma dedicação total na qual, inicialmente, a mãe sente que o bebê faz parte dela, estando plenamente identificada e por isso se sente apta para saber do que o bebê está precisando. Winnicott ressaltou que a mãe usa suas próprias experiências como bebê e por isso demonstra-se vulnerável, necessitando do suporte do pai da criança e de seus familiares. Este estágio de dependência absoluta está além da capacidade do bebê de percebê-la e, portanto, o mesmo não tem consciência dela (WINNICOTT, 1963). O bebê além de não perceber sua dependência, não percebe nas dimensões consciente ou inconsciente as falhas do ambiente. Entretanto, quando estas ocorrem culminam no estabelecimento de defesas primitivas como reação à ansiedade de aniquilamento. Tais casos consolidam as psicoses (WINNICOTT, 1959-64).

Um segundo estágio, dependência relativa, se configura na medida em que a mãe, percebendo o desenvolvimento da autonomia do bebê, proporciona falhas graduais na sua adaptação, fornecendo razões para o bebê gritar, por exemplo. Compreendemos que Winnicott (1963) destaca este exemplo do gritar porque ele transmite a noção de um começo de atribuição de valor a um objeto que gradativamente é percebido como externo. Na medida em que a mãe se afasta, o bebê vivencia a ansiedade. Aos poucos, o bebê sente necessidade da mãe, ou seja, esta adquire o estatuto de existir por conta própria. Neste estágio, o bebê inicia o processo de conhecimento sobre a sua dependência (WINNICOTT, 1963).

Perante a diminuição da adaptação da mãe ao bebê, este se desenvolve demonstrando também o surgimento da compreensão intelectual: adquire, por exemplo, a capacidade de esperar por comida. A permissão de que acontecimentos ocorram para além do seu controle pode culminar na presença de sentimentos como raiva, desilusão, medo, impotência. Entretanto, a capacidade de se identificar com a mãe, ou com os pais, somado ao desenvolvimento da fala faz com que o bebê coopere por meio da compreensão intelectual. No início deste processo, a mãe pode se ausentar por determinado período em que a representação interna/lembrança permanece viva. Caso o afastamento seja longo, tal representação/lembrança se esvai e os objetos são descatexizados pelo bebê (WINNICOTT, 1951, 1963).

Na medida em que as provisões ambientais atendem as necessidades do bebê e gradativamente diminuem, culminando na passagem da ilusão para a desilusão e na diferenciação entre interno e externo, o bebê torna-se uma pessoa singular: uma unidade diferenciada. Winnicott (1945) afirmou que se trata do estabelecimento de um exterior que significa “não-eu” e um interior que significa “eu” em que coisas permanecem armazenadas. Deste modo, a partir da experiência de ilusão a realidade promove o enriquecimento da fantasia. O desenvolvimento e sofisticação da fantasia dependem de quanto esse mundo criado pelo indivíduo foi capaz de usar objetos percebidos no mundo externo como matéria-prima. Winnicott destacou que durante a doença ou em momentos de regressão o objeto comporta-se de acordo com leis mágicas, ou seja: existe quando desejado, aproxima-se quando o indivíduo se aproxima, fere quando o indivíduo o fere, desaparece quando não é desejado (WINNICOTT, 1945, 1951).

No que diz respeito à independência, esta não é alcançada plenamente. Na medida em que o indivíduo se constituiu como pessoa total pode promover intercâmbios entre sua realidade interna e o mundo exterior. De acordo com Winnicott: “A criança agora não é apenas uma criadora potencial do mundo, mas se torna capaz também de povoar esse mundo com exemplos de sua vida interna própria.” (1963, p. 86). Compreendemos que se trata da possibilidade de identificação com o âmbito social. Perante um mundo interno estabelecido, distinto do externo, existem possibilidades de encontro. Considerando que a independência nunca é absoluta, na medida em que indivíduo e ambiente permanecem interligados, e que na proposta de “trabalhar como um analista”, Winnicott (1962) abordou a importância deste elemento, teceremos considerações sobre o mesmo.

2.3 O AMBIENTE

Constatamos em Winnicott a ênfase ao potencial hereditário e às provisões ambientais. Na medida em que estas estão presentes e a dimensão anatômica/fisiológica apresenta-se sem alterações, o bebê, segundo Winnicott, pode desenvolver toda a sua potencialidade herdada (WINNICOTT, 1968a,1988).

Winnicott (1951) apresentou o ambiente como cuidados concretos com o bebê (segurar, alimentar, dar banho, entre outros cuidados) e como oportunidade de experienciar a continuidade, imprescindível para o estabelecimento da realidade interna e externa. Compreendemos tratar-se de uma dimensão que envolve elementos concretos intrinsecamente relacionados com o âmbito das vivências, com a dimensão afetiva. Além disso, expressa o modo como a dimensão inconsciente se presentifica ao longo do desenvolvimento emocional primitivo.

A partir das considerações de Winnicott (1969) compreendemos que o ambiente ao oferecer possibilidade de vivência da continuidade implica na experiência de mutualidade⁵. Esta consiste no início da comunicação entre o bebê e a mãe (ou substituto). Implica na capacidade da mãe e do bebê constituírem as identificações cruzadas. Neste processo, Winnicott esclarece que a mãe pode identificar-se com o bebê a partir das marcas adquiridas ao longo da sua história de vida: anteriormente também foi um bebê que recebeu cuidados, pôde brincar de ser bebê e de ser mãe, talvez tenha vivenciado o contato com bebês próximos (pertencentes a sua família), pode ter tido acesso a informações sobre o cuidado infantil, entre outros. Trata-se de diferentes experiências que culminaram no estabelecimento de opiniões que levam a mãe a acreditar que sabe o que é certo e errado no cuidado com o seu bebê. Ressaltamos que tal conhecimento “materno” não se resume aos esclarecimentos racionais. Implica em uma devoção perpassada pela dimensão afetiva que culmina na

⁵Winnicott (1969) descreveu que a mutualidade não abrange as pulsões ou a satisfação instintual. Implica na capacidade da mãe em se identificar com as necessidades do bebê. Compreendemos tratar-se do desenvolvimento do ego a partir da busca objetal. Um acréscimo à satisfação pulsional.

preocupação materno primária, conforme Winnicott (1963). Do outro lado, o bebê possui características herdadas e tendências inatas no sentido do desenvolvimento. Perante provisões ambientais adequadas (experiência de mutualidade como uma delas) ele possui a capacidade de chegar ao desenvolvimento das identificações cruzadas (WINNICOTT, 1969).

No enlace da dimensão concreta (cuidados físicos) com o âmbito das experiências, a mutualidade abrange uma comunicação, denominada por Winnicott (1969) como silenciosa. Neste sentido a concepção de *holding*, em seu viés de sustentação torna-se central:

Uma ampliação abrangente da palavra “sustentação” permite que este termo descreva tudo o que uma mãe faz no cuidado físico de seu bebê, inclusive largá-lo quando chega o momento para a experiência impessoal de ser sustentado por materiais não-humanos adequados. (WINNICOTT, 1969, pp. 200-201).

O *holding* abrange a comunicação entre mãe e bebê e a vivência da confiabilidade que possibilita a este sentir-se seguro no desenvolvimento da dependência rumo à independência. Compreendemos que, quando Winnicott (1969) atribui à comunicação a qualidade de silenciosa, está se referindo a um estado ideal, em que não ocorreram fracassos ambientais e, portanto, o bebê não experienciou traumas. Os traumas consistem em experiências, para as quais o bebê ainda não possui defesas organizadas o que culmina na instauração de um estado de confusão (loucura) até que ocorra a reorganização das defesas. Nestes casos, as provisões ambientais são compreendidas pelo bebê como intrusões.

Winnicott (1969) afirmou que perante a ocorrência de traumas serão organizadas defesas mais primitivas do que aquelas existentes até então, tais como a dissociação (cisão da personalidade) e a despersonalização, por exemplo. Compreendemos que os traumas culminam em rupturas no processo de desenvolvimento do bebê: na passagem da não-integração para a integração, da dependência para a independência. Afirmou Winnicott:

Estes bebês portam consigo a experiência da ansiedade impensável ou arcaica. Sabem o que é estar em um estado de confusão aguda ou conhecem a agonia de desintegração. Sabem o que é ser deixado cair, cair eternamente, ou cindir-se em desunião psicossomática. (WINNICOTT, 1969, p. 201).

A vivência de traumas culminará em diferentes consequências para o desenvolvimento, conforme o momento em que ocorreram e os cuidados posteriores ofertados. A manutenção de um ambiente favorável ao desenvolvimento possibilita a experiência de confiabilidade no ambiente e culmina, conseqüentemente, no desenvolvimento de uma confiabilidade pessoal. Winnicott (1969) afirmou que tais bebês possuem uma relação de continuidade nas suas vidas e sentem-se aptos a seguir rumo à independência.

Ressaltamos que o *holding* como sustentação e cuidados concretos implica em uma proximidade com o corpo da mãe: com os batimentos cardíacos, os movimentos da respiração, o calor do seio, entre outras sensações. Indica o modo como a dimensão inconsciente se faz presente, na medida em que no processo terapêutico poderá ocorrer a regressão à esses momentos primitivos. Em virtude da imaturidade inerente ao estágio de dependência absoluta, tais momentos não permaneceram registrados no formato de falhas ambientais, mas se presentificam e demandam do analista a construção sobre tal âmbito (WINNICOTT, 1955c).

Destacamos ainda, no que diz respeito ao ambiente, os objetos transicionais e o espaço potencial. Ambos implicam na existência de confiança por parte do bebê no ambiente para que possa alternar entre o controle onipotente e a manipulação concreta dos objetos. A confiança demonstra que algo dos objetos externos está sendo introjetado. Compreendemos tratar-se do investimento na mãe como objeto. O objeto transicional é um símbolo deste investimento. A existência dos objetos transicionais indica que perante a ausência da mãe há a manutenção de um investimento na representação mental dela que possibilita usufruir do brincar com outros objetos. O que consolida a localização dos objetos transicionais em uma área intermediária entre realidade interna e externa. O brincar com objetos transicionais implica ainda na confiança de que a mãe, concebida como objeto concreto, estará novamente presente fisicamente, auxiliando na composição da fidedignidade da realidade externa. Portanto,

a aquisição gradativa da confiança na fidedignidade externa possibilitou que o investimento na representação mental da mãe se expanda para a manutenção do investimento afetivo nos objetos, possibilitando o brincar (WINNICOTT, 1951, 1968[1967]).

O brincar torna-se possível perante a existência do espaço potencial. Sua origem está na sobreposição de duas áreas da experiência: a da mãe e a do bebê. Em um primeiro momento a mãe busca se ajustar as atividades lúdicas do bebê, brincando com este. Descobre então a capacidade do bebê de aceitar ou não ideias que não são dele. Surge, então, um terceiro momento caracterizado pelo brincar em um relacionamento. Afirmou Winnicott:

Localizei essa importante área da *experiência* no espaço potencial existente entre indivíduo e meio ambiente, aquilo que, de início, tanto une quanto separa o bebê e a mãe, quando o amor desta, demonstrado ou tornando-se manifesto como fidedignidade humana, na verdade fornece ao bebê sentimento de confiança no fator ambiental. (WINNICOTT, 1967a, p. 142, grifos do autor).

As experiências do bebê no espaço potencial ocorrem entre o objeto subjetivamente concebido e o objeto objetivamente percebido, na diferenciação entre o eu e o não-eu. A fidedignidade proporcionada pela mãe por meio da manutenção dos cuidados (continuidade) e da apresentação dos objetos proporciona ao bebê o estabelecimento da confiança no ambiente. Mesmo perante a ausência da mãe, o bebê mantém a interação com os objetos transicionais. Deste modo, gradativamente, o bebê diferencia a realidade interna e externa. Ressaltamos que na citação acima Winnicott descreve a noção de transicionalidade de um modo interessante: como representante da transição da união do bebê com a mãe para a independência deste e, concomitante, a distinção entre interno e externo. Para tanto, o bebê precisa sentir-se confortável na interação com o ambiente, confiante na sua capacidade de interagir por si mesmo.

Concluimos a partir das considerações acima que, no estágio de dependência absoluta, mãe e ambiente identificam-se, possibilitando a sustentação da vida somática e psíquica do bebê, inserindo, deste modo, possibilidades de movimentação rumo à independência.

Winnicott (1971a) ampliou tais considerações para o âmbito da clínica psicanalítica. Afirmou que o paciente ao buscar ajuda tem a crença de que pode ser curado com as explicações fornecidas por quem o atende. Destacou, entretanto, que o paciente necessita de uma nova experiência em um ambiente especializado. Propõe então a vivência de atividades não intencionais na medida em que por parte de quem atende são ofertadas condições ambientais passíveis de suscitar confiança, ou seja, perpassadas pela fidedignidade que, neste âmbito, se expressa pelo atendimento às necessidades do paciente. Do lado do paciente este pode então usufruir do estabelecimento da confiança no ambiente. Um exemplo de tais atividades consiste na comunicação de ideias, impulsos e sensações incoerentes na associação livre que ocorre no divã ou no brincar da criança. Winnicott (1971a) ressaltou a importância de que, em um primeiro momento, o psicoterapeuta possa aceitar tais cadeias como tais, sem buscar um fio significante:

O terapeuta que não consegue receber essa comunicação, empenha-se numa tentativa vã de descobrir alguma organização no absurdo, em consequência de que o paciente abandona a área do absurdo, devido à desesperança de comunicá-lo. Uma oportunidade de repouso foi perdida, devido à necessidade que o terapeuta teve de encontrar sentido onde este não existe. O paciente não pôde repousar, devido a um fracasso das provisões ambientais, que desfez o sentimento de confiança. O terapeuta, sem saber, abandonou o papel profissional, e o fez, desviando-se para pior, a fim de ser um analista arguto e encontrar ordem no caos. (WINNICOTT, 1971a, p. 82).

A citação acima confirma o caminho percorrido na presente dissertação. Para além do lugar físico em que se está inserido (instituição pública, consultório privado, entre outros) o que é vivenciado adquire maior relevância. Compreendemos que, na citação acima, Winnicott (1971a) aborda o manejo. Este pode ser composto pela busca por significações ou pela adaptação às necessidades do paciente, implicando na postura adotada pelo analista que, conforme o caso, pode consistir no respeito aos estados de confusão durante o tempo que se mostra ser necessário.

Compreendemos que as referências de Winnicott ao manejo estão relacionadas a sua concepção sobre o *setting*. A provisão e manutenção de certo ambiente compõem o *setting*. Winnicott defende a proposta de que quando o analista não é capaz de atender as necessidades do paciente, deve então interromper o tratamento.

Winnicott (1964) referiu-se principalmente aos casos em que o paciente vivencia a regressão que pode culminar em estados de desintegração, despersonalização, dependência absoluta, entre outros. O que nos possibilita concluir que o *setting* é uma resposta à sensibilidade demonstrada pelo paciente. Em alguns casos, conforme descrito por Winnicott (1964), pode abranger a necessidade de que objetos estejam sempre no mesmo lugar. Em outros a localização dos objetos pode não ser relevante. O *setting* abrange, portanto, a sensibilidade do paciente e as possibilidades do analista em percebê-la e considerá-la ao longo do processo.

No que diz respeito ao trabalho terapêutico, Winnicott (1967b) afirmou ainda ser importante existir uma sequência, sendo esta composta pelo: relaxamento em condições de confiança baseada na experiência; pela atividade criativa, física e mental, manifestada na brincadeira; pela soma dessas experiências formando a base do sentimento do eu. Compreendemos que esta soma consiste no retorno ao paciente do que ele comunicou ao analista em quem confia:

Psicoterapia não é fazer interpretações argutas e apropriadas; em geral, trata-se de devolver ao paciente, a longo prazo, aquilo que o paciente traz. É um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto. Essa é a forma pela qual me apraz pensar em meu trabalho, tendo em mente que, se o fizer suficientemente bem, o paciente descobrirá seu próprio eu (self) e será capaz de existir e sentir-se real. Sentir-se real é mais do que existir; é descobrir um modo de existir como si mesmo, relacionar-se aos objetos como si mesmo e ter um eu (self) para o qual retirar-se, para relaxamento. (WINNICOTT, 1967b, p. 161).

Destacamos que as concepções de *setting* e manejo estão relacionadas ao ambiente. Winnicott (1957, 1959-64) apresentou a ressalva de que o ambiente é uma noção que no tratamento precisa ser construída pelo analista. Isto por que durante a dependência absoluta, por exemplo, o bebê não tem registro consciente ou inconsciente da sua dependência do ambiente, assim como de eventuais falhas no mesmo. Winnicott (1957) citou como exemplo o relato de uma paciente que em análise descreveu a sensação de queda e a localizou nos primeiros dias de vida. O autor destacou que não há como ocorrer a descrição do fato de ter sido segurada ou não no colo em tal período, o que seria a participação do ambiente no seu desenvolvimento. Isso porque pode não ter tido consciência do ocorrido e soma-se a isso a constatação

de que o fator ambiental não é um momento isolado, mas um padrão de influências sobre o desenvolvimento emocional.

Perante a complexidade inerente a noção de ambiente, Winnicott (1957) afirmou que, no processo psicoterapêutico, o paciente pode experimentar reviver alguns momentos das falhas ambientais como forma de recordação, assim como pode ser necessário que o analista os reconstrua. Tais considerações confirmam a proposta de que cabe ao analista comunicar ao paciente o que este demonstrou. O que implica, obviamente, em diferenças de condução em casos de pacientes neuróticos ou psicóticos:

O desejo de conhecer a si próprio parece ser uma característica do psiconeurótico. Para estas pessoas, a análise traz um aumento da autoconsciência, e uma tolerância maior para com o que é desconhecido. Já os pacientes psicóticos (e as pessoas normais de tipo psicótico), ao contrário, pouco se interessam por ganhar maior autoconsciência, preferindo viver os sentimentos e as experiências místicas, e suspeitando do autoconhecimento intelectual ou mesmo desprezando-o. Estes pacientes não esperam que a análise os torne mais conscientes, mas aos poucos eles podem vir a ter esperanças de que lhes seja possível sentir-se reais. (WINNICOTT, 1988, p. 79).

Dando continuidade as reflexões sobre elementos constitutivos do desenvolvimento emocional e presentes na clínica psicanalítica, abordaremos o brincar.

2.4 O BRINCAR

Quando recordamos da cena de uma criança brincando percebemos, conforme destacou Winnicott (1971a), o seu distanciamento do que está ao redor e muitas vezes a sua persistência em se manter neste estado, consolidando certa recusa em ser interrompida. Entretanto, se algo ou alguém externo se impõe, a criança direciona sua atenção para tal. Observar este brincar de crianças é algo frequente, pertencente ao dia a dia. Winnicott (1971a) destacou a preocupação dos psicoterapeutas em trabalhar apenas com o conteúdo do brincar, sem considerar a experiência criativa presente em

tal ação: algo que ocupa espaço e tempo. Compreendemos que Winnicott (1971a) considera o conteúdo do brincar como material a ser interpretado que possibilita acessar o inconsciente, assim como o considera como um espaço potencial, transicional que permite transformações nos mundos interno e externo. Sobre o brincar, Winnicott afirmou ainda que está presente na análise dos adultos:

O que quer que se diga sobre o brincar de crianças aplica-se também aos adultos; apenas, a descrição torna-se mais difícil quando o material do paciente aparece principalmente em termos de comunicação verbal. Sugiro que devemos encontrar o brincar tão em evidência nas análises de adultos quanto o é no caso de nosso trabalho com crianças. Manifesta-se, por exemplo, na escolha das palavras, nas inflexões de voz e, na verdade, no senso de humor. (WINNICOTT, 1968[1967], p. 61).

Winnicott (1968[1967]) ressaltou na citação acima, assim como nas descrições de trechos da análise de adultos ao longo da sua obra, que o brincar está presente na existência humana. Os pacientes adultos priorizam a comunicação verbal e, deste modo, o brincar se manifesta a partir do elemento ali presente: a palavra. Os adultos brincam ao escolher a palavra, ao pronunciá-la, ao promover o humor, ao apresentar um material que pode ser, inclusive, desorganizado. Do mesmo modo como as crianças demonstram no brincar a existência de um estado de “estar alheio”, os adultos o fazem ao abandonar a organização lógica, sensata do que apresentam em análise (WINNICOTT, 1968[1967]).

O surgimento do brincar está vinculado ao manuseio da primeira possessão pelo bebê: o objeto transicional. A primeira brincadeira se consolida também como o primeiro uso de um símbolo do seio da mãe ou cuidados do ambiente. Inicialmente o brincar significa que a criança tem confiança na mãe ou em quem cuida. Deste modo, o brinquedo como símbolo do seio ou provisões ambientais indica que, se o elemento original é amado, o brinquedo pode ser usado e fruído. Quando o elemento é odiado o brinquedo é derrubado, ferido, morto, restaurado e ferido novamente, entre outras ações. O brincar torna-se gradativamente complexo em conformidade com a realidade interior da criança, tornando-se expressão dos seus relacionamentos e ansiedades oportunizando, perante condições favoráveis, a vivência da ambivalência no lugar da dissociação (WINNICOTT, sem data).

O brincar ocupa lugar e tempo. Implica na efetivação de uma ação, no fazer, diferenciando-se, portanto, do pensar ou desejar. Implica, por meio da transicionalidade, na constituição da dimensão simbólica. No brincar se fazem presentes elementos externos escolhidos para representar algo da realidade interna. Evidencia-se neste ponto o que Winnicott (1971b) denominou como “potencial onírico” sem a alucinação característica dos sonhos: vivência de fenômenos externos escolhidos pelos significados implícitos que podem possuir. Configuram-se, deste modo, relações entre uma dimensão interior e uma dimensão externa. A transicionalidade se configura, deste modo, como um elo entre o brincar, o sonhar e o viver (WINNICOTT, 1971b).

Nas considerações sobre o desenvolvimento emocional primitivo, o ambiente e o brincar, nos deparamos com a noção de transicionalidade como elemento central do movimento clínico. Coerente com a nossa de proposta de abordar a prática clínica psicanalítica a partir da dimensão das vivências, aprofundaremos nossas considerações sobre a transicionalidade.

2.5 A TRANSICIONALIDADE EM WINNICOTT

2.5.1 Paradoxo: o movimento constante

A noção de transicionalidade evidencia o paradoxo, concepção sempre presente na obra de Winnicott:

(...) aquilo a que me refiro nesta parte de meu trabalho não é o pano nem o ursinho que o bebê usa; não tanto o objeto usado quanto o uso do objeto. Chamo a atenção para o *paradoxo* envolvido no uso que o bebê dá àquilo que chamei de objeto transicional. Minha contribuição é solicitar que o paradoxo seja aceito, tolerado e respeitado, e não que seja resolvido. Pela fuga para o funcionamento em nível puramente intelectual, é possível solucioná-lo, mas o preço disso é a perda do valor do próprio paradoxo. (WINNICOTT, 1951, p. 10, grifos do autor).

Na citação acima, Winnicott (1951) relacionou os objetos transicionais, especificamente, o uso do objeto ao paradoxo. Este se evidencia no fato do uso do objeto transicional abranger tanto a apresentação do objeto, como realidade externa, quanto a criação do mesmo pelo bebê. O paradoxo evidencia o movimento entre um extremo e outro como uma constante.

Movimento que encontramos também na palavra transicionalidade, por meio da referência indireta a palavra transição. Compreendemos, a partir de Winnicott, tratar-se das seguintes dimensões:

- a) Transição da união existente entre mãe e bebê, no período de dependência absoluta, para a possibilidade de relacionamento entre pessoas totais, consolidação do eu (*self*), conforme Winnicott (1945, 1951, 1988);
- b) Transição do erotismo oral para a verdadeira relação de objeto (sem que, obviamente o erotismo desapareça), como exposto em Winnicott (1951);
- c) Transição entre objetos subjetivamente concebidos e objetos objetivamente percebidos proporcionando a consolidação de uma realidade interna e outra externa, de acordo com Winnicott (1951);
- d) Transição sempre presente, considerando que os objetos transicionais perdem o significado, mas o caráter de transicionalidade se expande para a realidade compartilhada, consolidando o campo cultura, conforme descrito por Winnicott (1951).

No que diz respeito à prática clínica psicanalítica, destacamos em Winnicott (1955c), o modo como, no nosso entendimento, a noção de transicionalidade perpassa a classificação dos quadros psicopatológicos. Winnicott (1955c) abordou a transferência em casos de psicose e nas fases ou momentos psicóticos existentes na análise de neuróticos. Ao discutir a possibilidade ou não da psicanálise contribuir com a classificação psiquiátrica, afirmou:

De fato se torna evidente ao analista no curso de seu trabalho analítico que, no que concerne ao diagnóstico em psiquiatria, está se fazendo uma tremenda tentativa de fazer o impossível, uma vez que o diagnóstico do paciente não apenas fica cada vez mais claro à medida que a análise prossegue como também se altera. Uma histérica pode se revelar uma esquizofrênica subjacente, uma pessoa esquizóide pode vir a ser um membro sadio de um

grupo familiar doente, um obsessivo pode se revelar um depressivo. (WINNICOTT, 1959-64, p. 121).

Winnicott descreve acima o movimento presente na classificação psicopatológica. Compreende como impossível a classificação psiquiátrica, na medida em que esta é estática. Propõe a abertura do analista para as mudanças demonstradas pelos pacientes. De modo semelhante, descreveu o seu entendimento sobre os estágios do desenvolvimento emocional primitivo. Afirmou:

Qualquer estágio no desenvolvimento é alcançado e perdido, alcançado e perdido de novo, e mais uma vez: a superação dos estágios no desenvolvimento só se transforma em fato muito gradualmente, e mesmo assim sob determinadas condições. Tais condições deixam gradativamente de ser vitais, mas talvez nunca deixem de ter uma certa importância. De qualquer modo, é necessário que se presuma um desenvolvimento anterior bem-sucedido. O mais complexo deve desenvolver-se a partir do mais simples. (WINNICOTT, 1988, p. 55).

Na citação acima encontramos novamente o paradoxo. Winnicott (1988) afirma ser necessário um desenvolvimento bem-sucedido para que possa ocorrer o desenvolvimento mais complexo, ao mesmo tempo em que ressalta a existência de condições que possibilitam a superação dos estágios e permanecem importantes. Compreendemos que as condições estão relacionadas à natureza do ambiente. Deste modo, concluímos que sob determinado aspecto ocorre a superação de estágios, entretanto permanece a possibilidade de que perante condições ambientais desfavoráveis ocorra a regressão a momentos anteriores (WINNICOTT, 1959-64, 1988).

2.5.2 O pensar como encontro entre o eu (*self*) e o mundo

O movimento presente na noção de transicionalidade possibilita ainda, segundo Winnicott (1951), o surgimento do pensar. Capacidade que se desenvolve a partir da experiência de ilusão, em que o bebê vivencia a onipotência. Na medida em que lhe é oferecido o suporte necessário ele experimenta, gradativamente, a desilusão. Entre os

dois extremos situa-se a primeira possessão não-eu e o brincar. Os objetos transicionais tornam-se símbolos do que o bebê pôde introjetar no contato com o seio da mãe. Trata-se da possibilidade de investir em um objeto que expressa o dinamismo de uma realidade interna em construção (WINNICOTT, 1951).

Winnicott (1967a) descreveu a complexidade da instauração do pensar e do fantasiar. Afirmou que inicialmente a lembrança da mãe ou de quem cuida permanece ativa por determinado período. Na medida em que este é excedido, o bebê vivencia a desintegração, caracterizada por um estado confusional. As lembranças se esvaem e o indivíduo experencia a loucura:

A loucura, aqui, significa simplesmente uma *ruptura* do que possa configurar, na ocasião, *uma continuidade* pessoal de existência. Após a “recuperação” da privação $x + y + z$, o bebê tem de começar de novo, permanentemente privado da raiz que poderia proporcionar *continuidade com o início pessoal*. Isso implica a existência de um sistema de memória e uma organização de lembranças. (WINNICOTT, 1967a, p. 136, grifos do autor).

Na citação acima, Winnicott (1967a) destaca a importância da experiência de continuidade como possibilidade de manutenção das lembranças, início da memória. Quando ocorre a ruptura o objeto pode vir a perder seu valor, ocorrendo o desinvestimento nos objetos transicionais. O que culmina na dificuldade em estabelecer relações entre uma realidade interna e outra externa (WINNICOTT, 1971b).

Na medida em que não é possível ao bebê guardar o que encontrou no espaço potencial, localizado entre o indivíduo e meio ambiente, este não pode experimentar o sentimento de confiança, como consequência da falta de fidedignidade. O fracasso desta implica na perda da área dos objetos transicionais, da brincadeira e de um símbolo. O espaço potencial deixa de ser preenchido com objetos criativos por parte do bebê, oriundos da imaginação deste, constituindo um falso e submisso *self* (WINNICOTT, 1967a).

Um exemplo de falso e submisso *self* é o fantasiar experienciado pela paciente de Winnicott (1971b) que afirmou caminhar entre as nuvens que avistava no céu. A paciente demonstrava rigidez no pensar no sentido de oposição à movimentação, à criação. Ela padecia também de um intenso sentimento de insignificância no que

efetivamente vivenciava como ação nas relações com o mundo exterior. Experienciava, portanto, momentos distintos: alguns caracterizados pelo devanear e outros por efetivas interações que para ela não eram significantes.

A sensação de insignificância a acompanhava desde as atividades que realizou quando criança. Winnicott (1971b) compreendeu se tratar da existência de dois âmbitos dissociados: duas vidas ocorrendo separadas. Nas brincadeiras de criança, provavelmente permanecia entregue ao fantasiar, observando seu próprio brincar como se observasse qualquer outra criança. Ao observador externo, participava das brincadeiras de forma passiva, submissa.

Em oposição a eventuais rupturas vivenciadas pelo bebê, Winnicott (1967a) afirmou que o mimar proporcionado por quem cuida possibilita retomar um símbolo do vínculo com a mãe: o objeto transicional. Neste sentido, a separação pode se constituir, como um benefício, consolidando novo paradoxo: a separação pode não ser uma separação, mas uma forma de união. Neste caso, na medida em que a separação ocorre, o objeto permanece investido na lembrança, consolidando um vínculo com a realidade externa. Trata-se da experiência da relação de objeto.

Na relação de objeto, o bebê pode vivenciar a criatividade. Inicialmente é expressa na criatividade primária vivenciada na experiência de ilusão. Gradativamente se consolida a criatividade propriamente dita, conforme Winnicott (1971b), concomitante a consolidação do eu (*self*). A criatividade abrange o viver, a existência como ser total e pode proporcionar a vivência do sentimento de eu. Ressaltamos que se trata de um sentimento, um vivenciar, que não está necessariamente presente em tudo que é criado. Compreendemos tratar-se de um encontro entre o que se produziu na realidade externa, que pode ser um brincar, um produto cultural, e a realidade interna.

A partir do movimento que caracteriza a transicionalidade, compreendemos que esta implica na possibilidade ou não de um encontro. Nesta direção, está também a psicoterapia abordada a partir da ênfase nas vivências. Neste caso, trata-se do encontro entre as adaptações do analista e as necessidades do paciente, entre o brincar de ambos, conforme propôs Winnicott:

A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é. (WINNICOTT, 1968[1967], p. 59).

A transicionalidade, o espaço potencial e o brincar evidenciam uma área intermediária entre passado e presente, realidade interna e externa. Winnicott (1988) apresentou na natureza humana a existência de uma constante visível na criança. Compreendemos tratar-se de uma marca que retorna. O retorno pode ocorrer diversas vezes. Independente do número de vezes, a marca sempre se apresentará diferente. Parece-nos ser esta a possibilidade de movimentação psíquica apresentada por Winnicott. Implica na interpretação de conteúdos recalçados, em continuidade a Freud, mas abrange também a possibilidade de novas relações nas fantasias sobre si mesmo e sobre os relacionamentos estabelecidos a partir do que se vivencia no âmbito clínico quando o brincar atrelado a transicionalidade se torna possível.

A partir das considerações acima, concluímos que o brincar e a transicionalidade sustentam a reatualização do modelo de desenvolvimento emocional primitivo na clínica. Propomos que analista e *setting* se identificam na clínica, por meio da adaptação às necessidades do paciente, tal como mãe e ambiente o fizeram no período de dependência absoluta.

Tomando essas considerações como base, no próximo capítulo da presente dissertação, discorreremos sobre o trabalho que desenvolvemos na instituição de saúde na qual estamos inseridos.

3 O TRABALHO CLÍNICO PSICANALÍTICO EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA

A análise só pela análise para mim não tem sentido.
Faço análise porque é do que o paciente necessita.
Se o paciente não necessita análise
então faço alguma outra coisa.
(WINNICOTT, 1962, p. 152).

No decorrer dos dois capítulos anteriores discorreremos sobre elementos da clínica de Freud e Winnicott, intrigados pelo nosso trabalho clínico psicanalítico em uma instituição de saúde pública. Pudemos constatar neste processo a importância da função do analista. Por considerarmos a função do analista como um elemento que pode auxiliar na reflexão sobre nossa prática, aprofundaremos este tema. Abordaremos inicialmente o que denominamos como valor transicional e apresentaremos argumentos para justificar a presença deste nas contribuições de Freud e Winnicott. Apresentaremos o valor transicional como o elemento que possibilita a sobreposição entre passado e presente, realidade interna e externa consolidando vivências sustentadas pelo analista, que circunscrevem a especificidade da prática clínica psicanalítica. Na sequência abordaremos a função do analista a partir do *setting* por este elemento estar presente nas modalidades de intervenção propostas por Winnicott, a partir de dificuldades vivenciadas por este autor, semelhantes às que vivenciamos na nossa prática clínica psicanalítica.

3.1 A FUNÇÃO DO ANALISTA

3.1.1 O valor transicional

No que diz respeito ao valor transicional, abordaremos inicialmente a concepção de transicionalidade em Winnicott. Compreendemos a partir de Winnicott

(1951) tratar-se de uma área intermediária entre a realidade interna e externa, passado e presente, importante para o estabelecimento de uma distinção entre os objetos subjetivamente concebidos e os objetos objetivamente percebidos. Neste processo, Winnicott destacou a importância dos objetos transicionais e do brincar.

Os objetos transicionais, conforme Winnicott (1951) constituem uma área de repouso na tarefa humana de manter separadas as realidades interna e externa, ainda que inter-relacionadas. Na medida em que ocorre o investimento pelo bebê em um objeto transicional este possibilita a instauração do simbolismo. O objeto transicional indica a permanência no indivíduo de elementos da realidade externa. O objeto que se tornou transicional adquiriu importância pela possibilidade de representar algo da realidade interna do indivíduo. Trata-se, deste modo de uma área intermediária da experiência entre realidade interna e externa.

Na mesma perspectiva, os objetos transicionais indicam a vinculação entre passado e presente. Nos cuidados do ambiente com o bebê, por meio da continuidade da experiência, os traços de percepção oriundos da visão, cheiro e sensação tátil do contato com o corpo da mãe permanecem como lembranças. Gradativamente, estas surgem vinculadas aos objetos como alucinações, caracterizando o aspecto de transicionalidade dos mesmos, conforme Winnicott (1945, 1951).

Compreendemos que, por seu valor transicional, a noção de transicionalidade proposta por Winnicott (1951) aproxima-se das considerações de Freud (1914) sobre a transferência. Este afirmou:

A transferência cria, assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para outra é efetuada. A nova condição assumiu todas as características da doença, mas representa uma doença artificial, que é, em todos os pontos, acessível à nossa intervenção. Trata-se de um fragmento da experiência real, mas um fragmento que foi tornado possível por condições especialmente favoráveis, e que é de natureza provisória. A partir das reações repetitivas exibidas na transferência, somos levados ao longo dos caminhos familiares até o despertar das lembranças, que aparecem sem dificuldade, por assim dizer, após a resistência ter sido superada. (FREUD, 1914, p. 170).

Na citação acima, Freud apresenta a transferência como uma região intermediária entre a doença e a vida real. Compreendemos que tal região intermediária

abrange a realidade interna e externa haja vista a presença das fantasias (pertencentes ao mundo interno) nas situações experienciadas na vida real, consolidando conflitos psíquicos que se presentificam na transferência. Do mesmo modo, abrange também passado e presente na medida em que tais fantasias relacionam-se ao período infantil, consolidando protótipos (formas de conduzir-se na vida erótica) que se presentificam na transferência (FREUD, 1913).

Apresentamos ainda, no primeiro capítulo, a partir de Freud (1900), a sobreposição entre passado e presente, realidade interna e externa nos sonhos. Estes por possuírem como força instigadora a realização de desejos infantis, sobrepõem passado e presente e por manterem a vividez sensorial experienciada no estado de vigília, sobrepõem também realidade interna e externa. Apresentamos também, a partir de Freud, o modelo onírico como símile da clínica. Isto porque assim como nos sonhos, na transferência e na associação livre conteúdos inconscientes também emergem.

Retomando a afirmação de Winnicott (1971b) de que a transicionalidade se configura como um elo entre o brincar, o sonhar e o viver, destacamos o valor transicional neste autor e em Freud. Trata-se obviamente de uma aproximação, distanciando-se de uma identificação entre as propostas de ambos. Preocupados em respeitar as particularidades de cada autor, circunscrevemos as aproximações entre ambos por meio da ideia de valor transicional: aquilo que une e separa passado e presente, saúde e doença, realidade interna e externa e que permite o movimento, as idas e vindas, passagens e reformulações. Movimentação oportunizada pelo analista que por meio da transferência, do brincar, do *setting*, da associação livre e da regra da abstinência oportuniza a vivência de transições no âmbito clínico. Todos estes elementos são importantes, entretanto destacamos o *setting*. A escolha por este advém do fato de termos encontrado em Winnicott (1942, 1951, 1955a, 1965) a descrição de dificuldades semelhantes às que encontramos na nossa prática clínica psicanalítica. Compreendemos que, a partir de tais dificuldades, Winnicott (1955a, 1977) propôs algumas modalidades de intervenção: consultas terapêuticas, tratamento a partir da demanda e a psicanálise compartilhada nas quais encontramos como semelhança o *setting*. Deste modo, em continuidade às reflexões sobre a função do analista, abordaremos o *setting*.

3.1.2 O *setting*

Abordaremos a proposta de *setting* em Winnicott visando discorrer sobre as possibilidades do exercício da função de analista. Winnicott (1964) afirmou aceitar os princípios básicos da análise estabelecidos por Freud. Ressaltou, entretanto, ser tão importante quanto o trabalho interpretativo sobre determinado material o *setting* e a manutenção do mesmo:

Em alguns casos, contudo, revela-se ao final, ou mesmo de começo, que o *setting* e a manutenção dele são tão importantes quanto a maneira pela qual se lida com o material. Em alguns pacientes, com um certo tipo de diagnóstico, a provisão e a manutenção do *setting* são mais importantes que o trabalho interpretativo. Quando isto se dá, podemos sentir-nos desafiados e é inteiramente possível que a coisa certa a fazer seja encerrar o tratamento, pelo motivo de não ser capaz de atender às exigências do paciente. (WINNICOTT, 1964, p. 77).

Constatamos na citação acima o cuidado de Winnicott no manejo clínico. O autor indica a importância do atendimento às necessidades do paciente, o que na sua obra culminou nas considerações sobre diversos elementos, entre eles o *setting*. Este, em consonância com a teoria do desenvolvimento emocional primitivo, abrange os cuidados com o ambiente. Neste somam-se elementos concretos assim como as ações do analista.

No que diz respeito às ações do analista destacamos a possibilidade da experiência de mutualidade. Esta, segundo Winnicott (1969), implica em uma comunicação entre a mãe e o bebê, durante o desenvolvimento emocional primitivo, que oportuniza a consolidação das identificações cruzadas. Interessante destacar que se trata de uma forma de comunicação que se estabelece para além da linguagem, portanto distante das possibilidades de interpretação. A experiência de mutualidade possibilita compreender a apresentação do *setting* como um âmbito para além da realização de interpretações. A mutualidade, por ser composta por vivências, evidencia a intensidade da relação da mãe com o bebê: ocorre entre ambos uma transmissão

mútua de afetos sem o auxílio das palavras, o que nos leva a concluir que este processo ocorre na dimensão inconsciente. Ao ampliarmos a experiência de mutualidade para o *setting*, percebemos a complexidade deste âmbito. As palavras e, conseqüentemente, a interpretação, são importantes, mas não abrangem todos os processos. O que contribui para pensarmos que na prática que realizamos na instituição, na medida em nos colocamos à disposição do paciente, podemos experimentar situações que fornecem indicativos sobre um passado esquecido ou até mesmo nunca lembrado. Considerando que as palavras podem não estar presentes, cogitamos tratar-se de momentos em que o paciente pode demonstrar, por meio de um gesto ou ação, alguma hostilidade ou pode solicitar aproximar-se do analista, encostar alguma parte do seu corpo, entre outros. As possibilidades são inúmeras.

Desdobramos as considerações sobre mutualidade para o momento de dependência absoluta, conforme Winnicott (1945). A mãe por meio de suas ações possibilita a sobrevivência do bebê, culminando na junção entre ela e o ambiente. Compreendemos que entre paciente e analista pode se estabelecer uma relação semelhante. Analista e *setting* identificam-se proporcionando ao paciente as condições para a vivência da transferência.

Na tentativa de fundamentarmos a aproximação entre analista e *setting* abordamos as considerações de Winnicott (1955c) sobre a regressão à dependência na transferência. O autor descreveu que se trata de um estado de muita dependência em que o paciente está profundamente regredido. Winnicott destacou ainda que o processo é doloroso, pois o paciente tem consciência dos riscos inerentes, os quais desconhecia quando era bebê.

Nos momentos de regressão o paciente, segundo Winnicott (1955c) vivencia na transferência estados de confusão, caracterizando a presença de processos tais como a despersonalização, a desintegração, entre outros. Trata-se, portanto, de um abandono da organização nunca experimentada ou vivenciada apenas em alguns momentos. Processo que evidencia a importância de um *setting* presentificado na função do analista que possa despertar a confiança por parte do paciente.

Winnicott (1945, 1969) afirmou que tais estados de confusão podem ocorrer na análise de pacientes adultos psicóticos ou neuróticos com fases e momentos psicóticos.

Neste campo, foi possível ao autor descobrir experiências que passaram como se não possuíssem importância ou que foram distorcidas com o tempo e pertencem ao relacionamento inicial do paciente com a mãe. Nestes casos, o ego do paciente não é uma entidade estabelecida e a origem de tal situação está relacionada ao estágio de dependência absoluta.

Winnicott (1955c) afirmou que os pacientes, quando bebês, durante a vivência da dependência absoluta, não possuem consciência desta. As falhas na adaptação do ambiente adquiriram o caráter de intrusão e demonstram, posteriormente, na transferência sinais de que existiram como tais. Essas falhas podem culminar no estabelecimento de um falso eu (*self*) que é uma dimensão do verdadeiro eu (*self*). O falso eu (*self*) culmina em vivências submissas pelo indivíduo e na impossibilidade de sentir-se real. Winnicott destaca então a importância de que possa ser oferecido pelo analista um *setting* diferenciado:

O comportamento do analista representado pelo que chamei de contexto, por ser suficientemente bom em matéria de adaptação à necessidade, é gradualmente percebido pelo paciente como algo que suscita a esperança de que o verdadeiro eu poderá finalmente correr os riscos implícitos em começar a experimentar a viver. (WINNICOTT, 1955c, p. 395).

Compreendemos, a partir da citação acima, que analista e *setting*, ao se identificarem, são de extrema importância em qualquer atendimento. No que diz respeito aos casos em que ocorre a manifestação de um quadro psicótico, Winnicott (1955c) sugere que o paciente use as falhas do analista. Para tanto, o analista precisa admitir que errou possibilitando ao paciente separar o que pertence a cada um. Além disso, Winnicott (1969) descreve que, deste modo, o paciente pode vivenciar a raiva, não experienciada na ocasião das falhas ambientais em virtude da imaturidade que caracteriza o estágio de dependência absoluta:

Pela primeira vez na vida do paciente, há agora a possibilidade de desenvolvimento de um ego, de sua integração a partir dos núcleos egóicos, da sua consolidação com um ego corporal, e também do repúdio ao ambiente externo, dando início a uma relacionabilidade com os objetos. Pela primeira vez o ego pode viver impulsos do id e sentir-se real ao fazê-lo, e sentir-se real também ao descansar dessas experiências. A partir desse momento, pode

afinal ocorrer a análise normal das defesas do ego contra a ansiedade. (WINNICOTT, 1955c, p. 396).

Winnicott (1955c) descreve a presentificação na clínica psicanalítica de movimentações relacionadas ao desenvolvimento emocional primitivo. Neste sentido, a vivência da raiva, possibilita segundo Winnicott (1959-64), a atribuição de qualidades de realidade e externalidade aos objetos, assim como ao analista na prática clínica psicanalítica.

No que diz respeito ao âmbito clínico, Winnicott (1955c) afirmou que, na transferência, o ego do paciente rememora falhas originais e se zanga. Recomenda então aos analistas que a falha deve ser usada como pertencente ao passado. O analista ao assumir sua falha, pode significá-la para o paciente. O analista se despe, segundo Winnicott, da “rígida moralidade analítica” (1969, p. 199).

Winnicott (1969) descreveu como uma das possíveis falhas do analista adormecer ou deixar a mente vaguear, o que equivale ao fracasso de sustentação em termos de mãe e bebê: “A mente deixou o paciente cair” (WINNICOTT, 1969, p. 199). Encontramos em tais articulações de Winnicott mais uma colaboração para o trabalho que desenvolvemos na instituição de saúde pública. Consideramos surpreendente a minúcia com a qual Winnicott vincula a sua concepção de desenvolvimento emocional primitivo com o manejo no tratamento, culminando no direcionamento de nossa atenção para um aspecto que até então considerávamos importante, mas desconhecíamos suas implicações: a possibilidade de “deixarmos o paciente cair” com nossa desatenção.

Compreendemos que o fato de “deixarmos o paciente cair” presentifica novamente o paradoxo, sempre presente em Winnicott. Possibilita por um lado, em semelhança à diminuição da adaptação da mãe as necessidades do bebê, a possibilidade de desenvolvimento deste rumo à independência, mediante o fortalecimento das relações entre realidade interna e externa. Na medida em que a mãe falha, o bebê grita solicitando sua presença e gradativamente a percebe como objeto separado, conforme Winnicott (1963). Por outro lado, “deixar o paciente cair” em alguns momentos de dependência absoluta extrema pode oportunizar o retorno da angústia de aniquilamento, descrita por Winnicott (1959-64), resultando em um sofrimento significativo. Optamos em abordar a ideia de “deixar o paciente cair” em conformidade

com a proposta do paradoxo, na medida em que se trata sempre de oportunidades de movimentações psíquicas.

Nas considerações sobre o *setting* nos casos em que ocorre a regressão a dependência, caracterizando a psicose de transferência, Winnicott (1955c) destaca a importância de se permitir que o passado do paciente se faça presente, no sentido de que o presente é o passado. Comenta ainda a existência de uma diferença entre esta e a neurose de transferência na medida em que nesta o passado vem ao consultório. Compreendemos tratar-se de uma referência à comunicação passível de se estabelecer entre mãe e bebê em que a mutualidade é a linguagem, conforme afirmou o próprio Winnicott (1969). Neste sentido, a disponibilidade do analista para quaisquer experiências que se apresentem no contexto do tratamento substitui a interpretação, tal como ocorreu quando uma paciente adulta se aproximou de Winnicott e este a embalou ao ter a cabeça dela em suas mãos. Trata-se de uma experiência de mutualidade que indica a presença do *holding* no tratamento terapêutico e de que, nestas situações, concretiza a proposta de que o passado é, de fato, o presente.

Ao abordarmos o *setting*, o consideramos a partir de Winnicott como passível de identificar-se ao analista, que por meio de suas ações sustenta os movimentos do paciente, permitindo o surgimento de um agir criativo. Descreveremos, na sequência, situações pertencentes a nossa prática clínica psicanalítica em uma instituição com o intuito de discorrer sobre possíveis relações entre estas e a função do analista como sustentação do valor transicional das vivências e do *setting*.

3.2 DESCRIÇÃO DO FUNCIONAMENTO INSTITUCIONAL

Ao propormos a delimitação da presente dissertação no âmbito das vivências, partimos de situações intrigantes da nossa prática clínica psicanalítica diária. A instituição é organizada de tal modo que inicialmente todos os pacientes passam por uma entrevista com o serviço social, medição de altura e peso na enfermagem e

avaliação médica nas áreas de pediatria e neuropediatria. Os médicos realizam os encaminhamentos posteriores para cada caso.

Pacientes na faixa etária de zero a três anos podem ser encaminhados para uma equipe terapêutica composta por profissionais de fisioterapia, terapia ocupacional, pedagogia, psicologia e fonoaudiologia. Esta equipe avalia o desenvolvimento “neuropsicomotor” do bebê e define os próximos procedimentos a serem adotados: estimulação semanal, avaliações mensais, orientações aos pais, entre outros. Ressaltamos que a avaliação do desenvolvimento “neuropsicomotor” visa identificar sinais de alerta que podem confirmar a médio ou longo prazo uma alteração neurológica. Esta avaliação abrange os movimentos e reflexos da parte motora; a interação com o meio (atenção, interesse); as condições orgânicas para alimentação, respiração, audição e desenvolvimento da fala (perspectiva fonoaudiológica). Após a primeira avaliação de cada bebê, o caso é discutido na equipe terapêutica para definição conjunta do que será realizado. Este momento é denominado “estudo de caso”. Quando os objetivos terapêuticos estipulados por cada área de atuação profissional não são atingidos, os atendimentos realizados são discutidos nos estudos de caso para análise conjunta e definição dos encaminhamentos a serem adotados. Em alguns casos, a equipe opta em desligar a criança dos atendimentos. Nestes, na maioria das vezes, o número de faltas consecutivas sem justificativa chegam ao número de três ou quatro. O desligamento consiste na retirada da criança dos horários de terapias e, conforme a demanda, na inserção de novos pacientes. A família é comunicada sobre o desligamento quando entra em contato com a instituição. No que diz respeito ao atendimento oferecido aos bebês, participamos apenas dos estudos de caso.

Após a avaliação do bebê e inserção deste nas terapias, a equipe pode, por compreender que os objetivos propostos foram atingidos e/ou que é importante a inserção em uma instituição escolar, fornecer alta. Nesses casos a equipe terapêutica avalia a necessidade de uma escola regular ou especial.

No que diz respeito à atuação dos médicos na referida instituição, ressaltamos que estes podem ainda encaminhar as crianças para avaliação nas áreas de oftalmologia e odontologia que também são ofertados pela instituição. Quando a

criança, no parecer dos médicos, apresenta apenas a necessidade de atendimento psicológico, ela pode ser encaminhada para avaliação e definição de encaminhamentos pela equipe de psicólogos. Inserimo-nos também neste âmbito.

Encontramos com frequência nos encaminhamentos dos médicos para atendimento da Psicologia as seguintes demandas: necessidade de orientação para os pais, pois, em alguns casos a equipe médica acredita que o paciente apresenta falta de limites; autismo; psicose; agressividade, etc. Em todos os casos, os médicos já excluíram possíveis alterações orgânicas.

3.2.1 A atuação junto à equipe multidisciplinar

Recortamos da nossa participação nos estudos de caso as discussões sobre os pacientes que não atingiram os objetivos terapêuticos propostos pela equipe e que possuem um histórico significativo de faltas sem justificativa. Em tais momentos as decisões são tomadas pelos profissionais participantes do estudo de caso, independente dos desejos do paciente e dos familiares. Ressaltamos que apesar de participarmos de tais momentos, não conhecemos os pacientes. Possuímos a função de participar das discussões sobre pacientes que não atendemos.

Descrevemos como exemplo, o caso de um menino de três anos com diagnóstico de Paralisia Cerebral que residia com os pais em um município distante da instituição na qual estamos inseridos (os pais faziam o trajeto de ônibus em aproximadamente uma hora e meia). Os terapeutas relataram a ocorrência frequente de faltas sem justificativas da criança nos atendimentos culminando, segundo eles, na impossibilidade de atingir os objetivos terapêuticos propostos na avaliação inicial.

No estudo de caso, os terapeutas relataram as diversas estratégias que utilizaram para apresentar aos pais a importância da frequência semanal nos atendimentos: explicação dos objetivos de cada terapeuta e contatos do serviço social para levantamento das razões das faltas e reforço da importância das terapias. No trabalho realizado pelo serviço social, este identificou como causas das faltas a

ocorrência de mau tempo (ameaça de chuva ou chuva propriamente dita) ou a indisponibilidade de um dos pais em levá-lo por coincidência com o horário de trabalho. A equipe teceu comentários, então, sobre a impossibilidade de continuidade dos atendimentos, haja vista o aparente “descaso” dos pais com as terapias. Uma profissional do serviço social também estava presente e não concordou com as construções apresentadas pela equipe. Argumentou que a família possuía dificuldades financeiras significativas, que residiam longe, em uma região caracterizada pela violência (em virtude da existência do tráfico de drogas) e que o pai da criança havia falecido recentemente. Os terapeutas afirmaram que sabiam do falecimento recente do pai, mas que, como as faltas já ocorriam antes deste acontecimento, a mãe, de fato, não aderiu ao tratamento do seu filho desde o início do mesmo. Optaram então pelo desligamento da criança das terapias.

O serviço social sugeriu então a visita na casa do referido menino para que impressões complementares pudessem ser extraídas. Perante o fato dos terapeutas negarem o convite para participar da visita, nos oferecemos para acompanhar o serviço social. Apresentamos para a equipe a perspectiva de que as faltas anteriores podem ter ocorrido por diferentes motivos, mas que atualmente o falecimento do pai era um fato tão significativo que poderia ser considerado com maior cuidado no caso como um todo.

Na visita domiciliar, deparamos-nos com condições de moradia simples e adequadas: saneamento básico, quarto para o menino, cozinha, sala, banheiro, brinquedos e um quintal amplo (aspectos observados pelo serviço social). Fomos recebidos pelo menino e a mãe sendo que esta nos relatou chorando a morte recente e inesperada do marido por assassinato. Pudemos interagir com o menino que nos convidou para brincar com carrinhos. Propôs a brincadeira de empurrar o carrinho até nós e a expectativa de que o empurrássemos de volta até ele. Questionada pelo serviço social sobre a ausência nos atendimentos, a mãe, sempre chorando, afirmou que, perante a morte do marido não tinha “forças” para levar o filho aos atendimentos semanais. Descreveu que o menino frequenta a instituição desde que nasceu e há alguns meses, antes mesmo do trágico falecimento, sentia-se desanimada para dar continuidade ao tratamento. Afirmou que, com a morte do marido, este desânimo se

intensificou e que vivencia atualmente o sentimento de ter sido roubada e de ser vítima de uma injustiça, pois o mesmo trabalhava, era honesto e não arrumava confusões com ninguém. Relatou ainda crises de insônia e, perante questionamentos, afirmou não ter vontade de realizar os cuidados básicos de higiene consigo mesma e de se alimentar. O serviço social se propôs então a buscar um serviço em que a mãe pudesse ser atendida nas dificuldades que vivenciava atualmente (cogitou avaliação com clínico geral, psiquiatria e psicologia) e as possibilidades de atendimento para a criança, existentes no município no qual residiam. A mãe agradeceu e ao despedir-se da profissional do serviço social a abraçou com muita intensidade e algumas lágrimas escorreram novamente.

Ressaltamos que nos oferecemos para acompanhar o serviço social na visita, mesmo sem conhecermos a criança e a família da mesma. Pudemos perceber, durante as discussões que compuseram o estudo deste caso, a indisponibilidade da equipe para continuar investindo no caso e nos sentimos intrigadas pela recorrência de faltas sem justificativas desde o início dos atendimentos. Perante a impossibilidade de atendermos o paciente e a família, lançamos a hipótese de que algo ocorreu na relação estabelecida pela mãe do paciente com a equipe. Ficamos com a sensação de que, neste relacionamento, algum elemento importante não pôde vir à tona, culminando nas faltas. A alegação da mãe de que se sente cansada pela longa duração do tratamento surgiu durante a visita realizada e, no nosso entendimento, indicava a existência de um sofrimento. Inspirados por Winnicott (1964), compreendemos que a apresentação do sofrimento pode ocorrer mediante a confiança no *setting* que implica no atendimento às necessidades do paciente. Neste sentido, compreendemos ser função do analista estabelecer um *setting* que suscite confiança ou, radicalizando a proposta, que o analista pode ser o *setting*. No caso apresentado, a mãe relatou seu sofrimento, porém perante o fato do desligamento já ter sido decidido pela equipe anteriormente, concordamos com a proposta do serviço social de encaminhar a mãe para uma instituição em que ela, nas suas particularidades, pudesse ser atendida.

Na participação nos estudos de caso, nos perguntamos frequentemente: a partir da psicanálise, há alguma contribuição que possamos efetuar, sobre pacientes atendidos por profissionais distantes de tal perspectiva, em um trabalho interdisciplinar?

A afirmação de que é possível, a partir da psicanálise, contribuir para discussões sobre pacientes atendidos por profissionais de outras áreas poderia parecer, a princípio, impossível. Tal situação poderia indicar que, nesses casos, a relação teoria/clínica seria tomada como campos dissociados que podem ser desenvolvidos separadamente. O que daria suporte para a construção de um saber distante da clínica para, posteriormente, ser nela aplicado. Este posicionamento se opõe às construções que realizamos anteriormente: em Freud destacamos a importância da transferência como possibilidade de emergência de conteúdos inconscientes, mediante a função do analista de possibilitar tal movimentação por meio da associação livre e da regra da abstinência; em Winnicott, aproximamos analista e *setting* em decorrência da vinculação mãe e ambiente durante a dependência absoluta vivenciada no desenvolvimento emocional primitivo. Deste modo, em Freud e Winnicott, encontramos a constatação de que teoria e clínica ocorrem entrelaçadas, sem uma relação de anterioridade, consolidando um campo caracterizado por vivências e não por racionalizações. Nesse sentido, nos questionamos: que contribuição poderíamos dar em um trabalho em que não temos contato direto com os pacientes e em que os objetivos priorizados são as mudanças orgânicas/fisiológicas?

Obviamente trata-se de um trabalho importante, haja vista a possibilidade de que pelas intervenções precoces os pacientes com Paralisia Cerebral potencializam seu desenvolvimento orgânico/fisiológico. Neste sentido, as terapias possuem o caráter de uma estimulação que visa proporcionar ganhos na dimensão motora, respiratória, cognitiva, entre outras. Entretanto, nosso posicionamento perante os pacientes que atendemos é o de questionar a singularidade de cada sujeito. Deste modo, ao participarmos dos estudos de caso vivenciamos uma situação complicada, pois não temos a oportunidade de nos aproximarmos da singularidade de cada paciente, pois não os atendemos. Uma condição que nos impediria, então, de proferirmos qualquer julgamento sobre os mesmos. Porém, acreditamos que tal fato não é indicativo que, desde a psicanálise, não teríamos nada a contribuir nesse contexto. Acreditamos que a contribuição a ser dada derive exatamente dessa condição: a de não trabalharmos diretamente com esses pacientes. Se isso nos impede de tecermos argumentos sobre a singularidade de cada paciente, pois isso significaria destacar a teoria da clínica a

tornando um saber soberano e aplicável às decisões e encaminhamentos a serem propostos aos pacientes, isso igualmente nos indica um posicionamento: o de sermos na equipe de saúde um representante do paciente lançando questionamentos, propondo que o mesmo seja sempre ouvido para que participe das decisões a serem tomadas respeitando suas singularidades e indicando que, embora importante, a ordem orgânica não é soberana.

3.2.2 A atuação junto às famílias dos pacientes

Na atuação junto às famílias dos nossos pacientes crianças, descrevemos um caso perpassado por uma trama familiar complexa. Trata-se de uma menina de cinco anos que, com o início das atividades de leitura e escrita na escola, trocava as letras ao falar, escrever e ler.

Nas primeiras entrevistas com a mãe, esta relatou que a criança não era filha biológica do homem que considerava como pai. A mãe teve um relacionamento inicial com este homem e teve um filho, hoje com dez anos. Na sequência se separaram e a mãe teve a menina com um segundo homem. O pai biológico estava envolvido com o uso de drogas e, após determinado período, abandonou ambas. A mãe reatou o relacionamento com o pai do seu filho e este adotou a menina, no sentido, de que assumiu os cuidados com ela. A menina foi formalmente registrada pelo pai biológico.

A mãe afirmou que o pai adotivo se recusa a contar para a menina que não é o pai biológico. Segundo a mãe, ele trata a menina com carinho, cuidado e interage frequentemente com ela. O irmão mais velho possui ciúmes da irmã e afirma frequentemente que o pai a trata de modo diferenciado, privilegiando-a nas situações vivenciadas em família. A paciente, conforme relato da mãe, questionou diversas vezes as razões pelas quais não possuía o sobrenome do pai com quem convive. A mãe nunca apresentou explicações, sempre afirmou que “é assim mesmo”.

Ao longo dos atendimentos a menina demonstrou interesse por jogos que envolvessem a formação de palavras. Quando não sabia como montar determinada

palavra, por não saber qual letra usar, perguntava. Buscava então a letra e formava a palavra. Minutos depois perguntava sobre a mesma letra em outra palavra. Às vezes recordava qual letra deveria ser usada, mas não a reconhecia no meio das demais letras. Perguntava onde estava a letra necessária, a analista mostrava e, na sequência, demonstrava a dificuldade na formação de outra palavra em reconhecer a mesma letra. Deste modo, possuía dificuldades em recordar qual letra deveria ser usada na formação das palavras ou recordava a letra, mas não a reconhecia no meio de outras.

Tivemos a oportunidade de atender a mãe mais algumas vezes e esta relatava sempre a mesma situação: de que por ela contaria a história da paternidade para a menina, mas seu marido não o queria fazer. Convidamos o pai adotivo então para comparecer em um atendimento. Ele informou não possuir disponibilidade para comparecer em nenhum horário. Perante tal impasse na condução do caso, optamos em encerrar o mesmo.

Compreendemos que, no brincar, a paciente fazia os seguintes questionamentos: “Esta palavra é formada por qual letra?” ou “Onde está a letra ‘x’ que forma esta palavra?”. Obviamente, a paciente expressava-se de outro modo. Apresentamos os questionamentos assim por termos a hipótese de que em continuidade à pergunta anterior feita à mãe sobre por que seu sobrenome não era igual ao do homem que considera como pai, a paciente perguntava sobre a sua origem. Parece-nos que, ao perguntar “**qual letra** forma esta palavra ou **onde está a letra** que forma esta palavra?”, de fato nos dizia “**quem é** meu pai, **onde está** meu pai? É mesmo este com quem convivo?”.

As considerações de Winnicott (texto sem data) sobre o brincar como expressão dos relacionamentos e ansiedades, possibilitou-nos vincular as dificuldades da paciente em recordar e encontrar as letras à sua desconfiança de que algo diferente perpassa a relação com seu pai. Winnicott (1964) a partir das considerações sobre o *setting* ressaltou em diferentes momentos que o analista quando não se sente apto para sustentar a regressão à dependência na transferência deve encerrar o caso. Compreendemos tratar-se de um posicionamento ético e, de modo semelhante, optamos por encerrar o referido caso. Não por dificuldades ocasionadas pelo que se mostrava na transferência, mas pelo fato de que a paciente, de algum modo,

aproximava-se da verdade sobre sua história, mas o contexto familiar a impedia de saber do que efetivamente se tratava. Buscamos no referido caso sustentar a singularidade da paciente, perante a ordem familiar, de duas maneiras distintas. A primeira consistiu no relato para a mãe de que a paciente vivenciava um conflito relacionado à sua origem. Perante a escolha da família em manter o segredo, a segunda postura adotada foi o encerramento dos atendimentos como forma de nos mantermos como representantes da paciente, sinalizando uma oposição à ordem familiar. Ressaltamos ainda a impossibilidade de estabelecermos com esta família a proposta da psicanálise compartilhada, conforme Winnicott (1977). Esta consiste na participação dos pais no tratamento da criança, o que pressupõe, no nosso entendimento, o estabelecimento de uma relação de parceria entre analista e família.

3.2.3 Os atendimentos realizados: para além das limitações orgânicas, o agir criativo

Descreveremos na sequência dois casos vinculados a nossa prática clínica psicanalítica. Ambos possuem em comum a presença de limitações orgânicas. No primeiro encontramos o comprometimento visual e no segundo está presente também a deficiência física.

Apresentamos inicialmente T., paciente com nove anos, atendido há aproximadamente um ano e meio, uma vez por semana. Destacamos no caso a descrição do brincar que se caracterizou por cinco brincadeiras diferentes e a agitação de T. em uma sessão que cogitamos estar relacionada à ausência da analista na semana anterior.

Compreendemos que os cinco momentos do brincar de T. oportunizaram transformações em virtude do seu caráter transicional, conforme Winnicott (1951). Ao acompanharmos as mudanças no brincar, identificamos que as mesmas indicaram mudanças na organização subjetiva.

T. foi levado ao atendimento por sua mãe, com a queixa de que o mesmo é agitado e desobediente. Realiza acompanhamento com uma neuropediatra que,

segundo a mãe, cogitou a possibilidade do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, mas a descartou e encaminhou o paciente para atendimentos na Psicologia.

Nas primeiras entrevistas com a mãe, esta cogitou a possibilidade da desobediência estar associada ao fato de T. ser uma criança muito amada. Relatou a presença constante de preocupações com T., o que a levou a segurá-lo no colo com frequência até os dois anos. A mãe teve T., após a ocorrência de dois abortos espontâneos. Descreveu sua surpresa perante o diagnóstico, aos seis meses de vida de T., de que este possuía visão subnormal. Após investigações, concluiu-se que T. possui atrofia do nervo óptico bilateral no nível do quiasma. Um quadro hereditário, caracterizado por perda significativa da visão: T. enxerga até um metro de distância e se aproxima dos objetos para enxergá-los melhor, precisando de ampliação para conseguir ler. O quadro é estável, sem progressões. T. possui ainda nistagmo e astigmatismo. O nistagmo se caracteriza pelo movimento ininterrupto dos olhos e o astigmatismo consiste na distorção da imagem para perto e para longe.

No início dos atendimentos T. relatava fatos ocorridos na escola sem a ordem temporal dos mesmos. Em tal período também repetiu nos atendimentos algumas frases ditas pela mãe e por uma amiga desta sem qualquer vinculação com o contexto do atendimento. Questionado, nomeava o autor das frases.

As peculiaridades iniciais demonstradas por T. eram acompanhadas por um primeiro momento do brincar: tentava construir torres, mas dispunha as peças de madeira com pouco equilíbrio entre si, culminando no desabamento das mesmas antes de finalizar a construção da torre. T. solicitava então auxílio para a analista e ambos construíam as torres juntos. T. costumava olhar atentamente para o que havia produzido, elogiava e logo derrubava as construções com chutes e socos acompanhados por gritos que imitavam sons de explosão. Inspirados por Winnicott (1963), lançamos a hipótese de que, neste período, ocorreu o início do estabelecimento da dependência absoluta entre T. e a analista. Trata-se de uma relação entre analista e paciente, semelhante ao vínculo mãe e bebê presente no desenvolvimento emocional primitivo, conforme Winnicott (1945).

Um segundo momento do brincar de T. com as peças de madeira, se caracterizou pela continuidade da construção das torres e pelo início da emissão de diferentes sons por T. durante o processo. T. imitava sons, tais como: instrumentos musicais (piano, bateria, baixo, guitarra, etc.), máquinas de construção (britadeira, escavadeira, etc.) e sons de explosão.

Os sons eram emitidos por longo tempo, sem contato visual com a analista ou o direcionamento da atenção para qualquer pergunta realizada. A analista passou, então, a tentar descobrir de qual objeto era o som imitado por T. Quando acertava, T. balançava a cabeça confirmando que estava correto e mudava de som, sem olhar para a analista. Se o palpite estivesse errado, T. dizia “não” e imitava o som em tom de voz mais alto. Identificamos aqui uma primeira mudança no brincar de T.: a hostilidade demonstrada nos chutes e socos às torres foi substituída pelo aumento do tom de voz, quando a analista errava a adivinhação de qual som estava sendo imitado. A mudança no tom de voz era tão significativa que nos parecia ser uma mescla de hostilidade e agitação. Tal reação perante a falha da analista comprova a intensidade do vínculo de T. com esta. A partir de Winnicott (1963), compreendemos que a presença de uma reação significativa às falhas da analista pode ser indicativo da existência da dependência relativa. Winnicott (1963) afirmou que, durante o desenvolvimento emocional primitivo, em consequência da diminuição da adaptação da mãe as falhas do bebê, este adquire razões para gritar. Compreendemos tratar-se do começo da atribuição de valor a um objeto que gradativamente é percebido como externo.

Um terceiro momento do brincar se caracterizou por T. equilibrar adequadamente as peças e, conseqüentemente, construir as torres sozinho. A ação de imitar os sons continuava e em determinada ocasião a analista ao tentar adivinhar o objeto ao qual pertencia o som que T. estava imitando, disse: “É um piano”; T. respondeu: “Não! É o T. imitando o som de piano”. Pode-se compreender que T. demarcou com esta fala uma diferenciação entre ele e os sons que imitava. Uma mudança que indica o movimento rumo à independência, conforme Winnicott (1963).

Na seqüência foi proposto para T. o Jogo dos Rabiscos, conforme Winnicott (1964-68). A analista descreveu o jogo. T. inverteu a proposta de transformar os rabiscos da analista em desenhos. Optou em modificar os rabiscos que ele havia feito

por meio do acréscimo de riscos e curvas transformando-os em desenhos que pareciam ter sido planejados anteriormente. O Jogo dos Rabiscos foi realizado em dois atendimentos e logo T. manifestou interesse em continuar brincando com as peças de madeira. Tal inversão por T. da brincadeira proposta pela analista, é mais um indicativo da independência gradativa, adquirida por este.

Configurou-se, então, um quarto momento do brincar com peças de madeira, caracterizado pela construção de torres com janelas. Tais janelas consistiam em buracos que possibilitavam ver o que estava do outro lado. T. passou então a pressionar um dos olhos, visando enxergar através do buraco da janela a analista. Surgiu então a brincadeira de procurar. A analista também buscava o que estava do outro lado da janela, espiando pelo buraco e perguntando: “Onde está T.?” T. mexia a cabeça e ria. Quando os olhares de T. e da analista se encontravam, T. gargalhava e iniciava novamente o processo. Este momento do brincar de T. nos recorda as considerações de Winnicott (1967a) sobre o espaço potencial. Uma área da experiência caracterizada pelo brincar em um relacionamento. O que demonstra, no âmbito do desenvolvimento emocional primitivo, tanto a união entre mãe e bebê, quanto à separação entre ambos. Os olhares entre T. e a analista encontravam-se e logo se separavam novamente. T. mostrava-se independente, confiante no ambiente, usufruindo do brincar conforme demonstravam suas gargalhadas.

Na continuidade dos atendimentos foi disponibilizado para T. peças de madeira maiores. Gradativamente, um quinto momento do brincar com peças se fez presente. T. passou a construir cidades constituídas por torres, prédios, casas altas e baixas, ruas largas e estreitas, demonstrando criatividade e habilidade para fazer com que carrinhos pequenos fossem movimentados por tais espaços. Durante a construção de tais cidades, T. continuou emitindo sons e a analista continuou a brincadeira de adivinhar. Gradativamente, surgiu uma nova proposta: a imitação de sons por parte da analista. T. imitava um som e a analista tentava adivinhar a qual objeto o som pertencia. Quando a analista acertava, esta imitava então um som e T. se dispunha a adivinhar. Ao adivinhar o som da analista, T. imitava um novo som e a analista tentava adivinhar. T. sorria ao ver a analista imitar os sons e demonstrava interesse pela adivinhação. Configurou-se, portanto, um jogo semelhante ao Jogo dos Rabiscos sem os rabiscos: o “Jogo dos

Sons”. Destacamos a semelhança entre o “Jogo dos Sons” e a associação livre em Freud (1912a). A partir do jogo, a analista possibilitou o livre fluxo das associações de T., sem interferências ou censuras conscientes, possibilitando, deste modo, que a cadeia inconsciente emergisse no espaço de entrelaçamento entre o brincar do paciente e da analista. Winnicott (1968[1967]) ressaltou que a psicoterapia ocorre a partir da sobreposição entre o brincar do analista e do paciente. Ressaltamos, inspirados por Winnicott e pelo brincar entre T. e a analista, a importância da presença viva desta. Esta, ao se dispor a participar do brincar imitando sons, possibilitou a sustentação dos movimentos clínicos, assim como a intensidade das vivências.

Ao longo do “Jogo dos Sons” surgiu também a brincadeira de rimar palavras. T. disse duas palavras que rimavam, a analista deu continuidade e um novo jogo se instaurou. T., eventualmente, faz rimas com xingamentos, tais como: “idiotão, bobão...” e ri. T. passou então a alternar momentos de agitação com outros de maior estabilidade, caracterizados pela imitação de poucos sons, pelo cantarolar de letras de música e pelo aumento do contato visual e da troca de sorrisos com a analista.

A analista teve que se ausentar por uma semana. A mãe de T. foi avisada, mas não o comunicou. T. frequenta a instituição uma vez por semana e antes do atendimento faz estimulação visual no mesmo prédio. Na semana seguinte, T. foi atendido pela analista e a mãe descreveu o incômodo e a irritação vivenciados por T. na semana anterior ao saber que não seria atendimento no momento em já estava no prédio. No atendimento, T. mostrou uma agitação até então nunca demonstrada: se deitou no chão, girava o corpo incessantemente e chutava a parede com muita força. Ao encostar em qualquer objeto da sala, T. relatava incômodo levando a analista a afastar todos os objetos: poltrona, tapete, mesa que foram colocados por esta dentro do banheiro. A analista questionou se T. queria sair da sala ou queria que sua mãe fosse chamada. Dizia que não e chorava. A analista arriscou a comunicação de que T. estava com raiva pela ausência desta na semana anterior, mas T. não respondeu dizendo apenas que estava muito nervoso. A analista trouxe então a caixa com os brinquedos com os quais T. costuma brincar e aos poucos tirou alguns brinquedos. T. foi gradativamente demonstrando interesse e se acalmou. Perguntou sobre os móveis da sala e perante a explicação de que estavam no banheiro dirigiu-se até lá e brincou com

os mesmos: passou por dentro do tapete, sentou na poltrona e pediu que fossem colocados no lugar. Após a organização da sala, escolheu as peças de madeira e montou uma cidade com as mesmas, como vinha realizando nas sessões anteriores.

Destacamos neste trecho de caso clínico a implicação da ausência inesperada da analista. T. mostrou intensa sensibilidade e irritação tendo por algum momento que demonstrar sua raiva com chutes em todos os objetos que compunham o local de atendimento. Lançamos a hipótese de que a ausência da analista foi desorganizadora e fez com que T. pudesse demonstrar uma raiva até então adormecida. Compreendemos que tal episódio relaciona-se com as considerações de Freud e Winnicott sobre a postura do analista e que para além do ambiente físico no qual ocorrem, intensas experiências afetivas são possíveis.

Ao longo do caso é possível acompanhar a intensificação do vínculo transferencial entre T. e a analista por meio do brincar experienciado por ambos. Freud (1912a) apresentou a transferência como região intermediária entre a vida real e a doença. De modo semelhante, compreendemos que a reação de T. perante a ausência da analista, evidencia a presença na transferência da sobreposição entre passado e presente, realidades interna e externa. Isto por que por meio dela o paciente expressou suas angústias (medo de ser abandonado), suas fantasias (construir e destruir objetos, em conformidade com Winnicott (1951, 1968b)), sua agressividade (destruir, chutar) assim como a possibilidade de reparação e sobrevivência dos objetos sem retaliação.

Ressaltamos que a queixa inicial de T. era hiperatividade. Cogitamos que T. experienciou sua agitação nos atendimentos por meio da presentificação da agressividade. Perante a ausência de retaliação, os objetos internos permaneceram investidos e pôde ocorrer a fusão da tendência à agressividade (impulso destrutivo) com o amor, conforme descrito por Winnicott (1968b). Amor evidenciado pelo sofrimento de T. perante a ausência da analista.

O caso de T. nos possibilita consolidar a proposta de que em semelhança à fusão entre mãe e ambiente no desenvolvimento emocional primitivo, de acordo com Winnicott (1945), no âmbito clínico analista e *setting* identificam-se. A agressividade experienciada na relação com a analista culminou em chutes por T. aos objetos próximos. Deste modo, trata-se de uma dimensão psíquica que perpassa todos os

elementos presentes na prática clínica psicanalítica, culminando na vivência de experiências afetivas significativas.

Apresentamos um segundo caso que demonstra a identificação entre analista e *setting*. A problemática do mesmo abrange conflitos sobre ser deficiente físico ou ter deficiência física. A paciente é uma menina de treze anos, atendida uma vez por semana, há um ano e meio, que vivenciou complicações no momento do nascimento. A chamaremos de B.

B. nasceu sem estar na posição adequada e sofreu então fratura na clavícula, na mandíbula e teve hemorragia intracraniana. Configurou-se, conseqüentemente, um quadro de paralisia cerebral com hemiplegia a direita (comprometimento do movimento da mão e da perna direita acarretando limitação no movimento dos dedos durante a manipulação dos objetos e o arrastar da perna durante o andar) e lesão no nervo óptico o que acarretou em cegueira na metade direita dos campos visuais de ambos os olhos. Seu quadro é estável. Costuma vestir roupas coloridas, faz decorações nas unhas com diferentes esmaltes, gosta de dançar e de nadar. A mãe a levou para os atendimentos da Psicologia com a queixa de que ela era muito tímida com os colegas de classe e com a própria mãe: conversa pouco com esta, apesar de passarem a maior parte do tempo juntas.

Inicialmente B. foi atendida por outra psicóloga. Após seis meses, a mãe informou que B. se recusava a continuar os atendimentos, pois dizia não gostar do fato da profissional fazer perguntas frequentemente. A psicóloga, após conversar com B., a encaminhou para uma segunda profissional.

No início dos atendimentos, B. relatou a viagem que havia realizado para São Paulo com os colegas da nataçãõ. Na ocasião B. estava há alguns meses praticando nataçãõ três vezes por semana com crianças que também possuem alguma deficiência física. Trata-se de um grupo que treina em algumas universidades de Curitiba e, na ocasião, B. viajou com eles para participar de um campeonato de nataçãõ. Relatou ter se hospedado no mesmo quarto que outras meninas. No quarto de hotel pintaram as unhas, conversaram e B. percebeu que uma das garotas possuía uma deficiência na mão semelhante a sua. B. aparentemente se surpreendeu ao ver tal menina segurar o secador, com a referida mão, enquanto secava o cabelo. No atendimento, B. disse

então: “(...) acho que posso fazer o mesmo”. Durante tais relatos B. costumava montar três quebra-cabeças de madeira, constituídos por poucas peças por serem destinados para crianças a partir de dois anos. Na sequência, B. costumava jogar UNO com a analista. O UNO é um jogo constituído por cartas semelhantes a um baralho comum. B. segurava todas as cartas com a mão esquerda e raramente usava a mão direita. Questionada sobre o fato de usar pouco a mão direita, B. explicou que consegue movimentar os dedos, segurar as cartas, mas esquece de usá-la. Relatou ter feito fisioterapia por longo período e ter sido orientada a sempre movimentar a referida mão. Nos atendimentos seguintes, B. utilizou por pouco tempo a mão direita.

Os atendimentos continuaram ocorrendo e, em determinado momento, B. disse que queria dançar (atividade proposta pela professora na disciplina de Educação Física) com colegas de classe e relatou ter apresentado propostas de música para as mesmas. B. afirmou que as colegas não demonstraram interesse. Cogitou então levar um CD com músicas “mais legais”. Durante tais relatos foi possível constatar certa desorganização em B., expressa na dificuldade da paciente em montar com peças de madeira qualquer objeto: tentava montar quadrado, casa, mas no momento de colocar as peças finais o objeto se descaracterizava e iniciava nova tentativa. Ao perceber a desorganização da paciente, a analista questionou se as colegas sabiam ou não do interesse de B. em dançar com elas. B. repetiu a proposta de levar o CD para mostrar mais músicas às colegas.

Compreendemos que B. buscava na realização de tal ato um meio para que as colegas se interessassem por ela. A aceitação de uma das músicas que pensava sugerir parecia significar a aceitação dela no grupo. Na escola, B. costumava passar o recreio com uma menina que se movimenta com o auxílio de cadeira de rodas e pertence à outra turma e com uma segunda garota que quase não fala, diz apenas sim ou não. B. descreve tal garota como tendo algum problema, costuma dizer que ela é “meio estranha”.

No atendimento seguinte, B. relatou que decidiu não dançar e, portanto, não levou o CD para as colegas. O brincar retornou, então, ao que era no começo dos atendimentos: montagem de três quebra-cabeças de madeira para crianças menores. Lançamos a hipótese de que B. relacionava-se com as colegas de classe a partir de um

falso e submisso *self*, conforme Winnicott (1967a). B. parece não se considerar merecedora de atenção por parte das colegas de classe que não possuem deficiência. Em contrapartida, com os colegas da natação sente-se tranquila, vai ao cinema, viaja e relata se divertir.

Na sequência, B. relatou expectativas quanto à participação em uma segunda competição de natação em São Paulo. Antes da viagem, B. mostrou-se ansiosa porque iria viajar apenas com seus colegas e professores e disse querer sentar na viagem de ônibus ao lado de um menino. Sua mãe queria que sentasse ao lado de outra pessoa e, antes da viagem, B. afirmou que esta costuma escolher tudo. Questionada sobre o que sua mãe diria ou faria caso B. dissesse o quer, B. repetiu que a mãe decide tudo. Entretanto, na viagem sentou-se ao lado do menino, assim como interagiu bastante com ele em São Paulo.

No fim de ano, B. participou de uma peça de teatro na escola, proposta como atividade de Educação Física para a turma como um todo. Cada turma encenava uma peça. B. relatou animação com a proposta e ao longo dos ensaios interagiu com suas colegas de sala. A cada dia almoçava com duas ou três colegas com as quais não havia interagido durante todo o ano letivo. No dia da peça uma de suas colegas faltou e B. apresentou as falas de ambas, demonstrando confiança em si mesma.

Winnicott (1971) apresentou as identificações cruzadas como resultantes dos processos de relação de objeto e uso do objeto. Destaca-se nas relações de objeto a fusão entre o eu e os objetos, resultando em objetos subjetivamente concebidos. Em condições favoráveis o sujeito pode vivenciar o uso do objeto que implica em reconhecer a existência dos mesmos, diferenciando a realidade interna da externa. B. parece ter tido dificuldades de conseguir estabelecer relações a partir do uso do objeto com as crianças que não possuem deficiência ou algum traço que nomeie como “estranho” dificultando o reconhecimento destes outros como existindo por si mesmos, diferentes de B. Nas aproximações com aqueles que são diferentes a ela, B. não se considerava interessante para tais pessoas e buscava, sempre que possível, se distanciar. Pudemos observar em B. uma mudança significativa na sua interação com os colegas de classe. Cogitamos que a analista enquanto *setting* se constituiu como amparo para as transformações de B. Esta, ao apresentar seus anseios para analista,

percebia-se diferente desta e aos poucos foi possível aproximar-se do seu verdadeiro *self*.

Ressaltamos que no início dos atendimentos B. quase não olhava para a analista, assim como falava em tom de voz muito baixo. Escolhia os brinquedos sem emitir nenhuma palavra. Perante a demonstração de tamanha fragilidade, a analista mantinha-se em silêncio até que B. iniciava uma conversa relatando algum episódio recente. Compreendemos que este amparo inicial oportunizado pela analista, possibilitou gradativamente as transformações de B. em direção ao viver criativo, ativo. Parece-nos que B., na dimensão do **ser**, via-se inicialmente como uma deficiente física e sentia-se segura para relacionar-se apenas com pessoas semelhantes. Na sequência dos atendimentos, as vivências afetivas experienciadas oportunizaram transformações nos seus relacionamentos, nos parecendo que hoje B. compreende que **tem** deficiência vislumbrando possibilidades de interação para além das suas limitações orgânicas, consolidando, deste modo, um viver criativo.

No percurso trilhado neste capítulo, ao refletirmos sobre nossa prática clínica psicanalítica, a partir de Freud e Winnicott, constatamos que o analista por meio de suas ações sustenta o *setting*, assim como o valor transicional, que consolida a especificidade das vivências na sobreposição entre passado e presente, realidade interna e externa. Compreendemos tratar-se da função do analista que na nossa prática clínica psicanalítica em uma instituição concretiza-se, para além das tramas familiares e da perspectiva orgânica/fisiológica: na atuação como representante da singularidade do paciente.

CONCLUSÃO

Intrigados pela prática clínica psicanalítica em uma instituição de saúde pública, iniciamos nossas reflexões com a certeza de que a psicanálise pode ser desenvolvida para além do consultório privado, haja vista a variedade de trabalhos existentes nesta temática (VILHENA, 2006; FIGUEIREDO, 1997; MAIA E PINHEIRO, 2011). Obstáculos em tal prática, obviamente, estão presentes e influenciaram a escolha pelos dois autores pesquisados. Abordamos as contribuições de Freud pela riqueza das mesmas e pelo modo particular com que lidava com a relação entre teoria e clínica, assim como com as dificuldades que dela advinham. Conforme nos informa Darriba (2004), na psicanálise, teoria e prática estão intrinsecamente relacionadas. Na mesma direção, abordamos as elaborações de Winnicott por este autor ter enfrentado dificuldades semelhantes àquelas que vivenciamos na nossa prática na instituição (indisponibilidade de horários, dificuldades financeiras da família para manter a criança em atendimento, entre outros, conforme Winnicott (1942, 1951, 1955c)).

A partir do relato sobre situações que vivenciamos na nossa prática clínica psicanalítica, identificamos que nossa atuação ocorre em três âmbitos diferentes: a) no contato com a equipe multidisciplinar por meio da participação em momentos de discussão e definição de encaminhamentos (estudos de caso) sobre pacientes bebês que não atendemos diretamente; b) com as famílias dos pacientes crianças, as quais demandam explicações, orientações e nos apresentam tramas familiares complexas e c) com os pacientes.

Na nossa participação nos estudos de caso, constatamos que os demais profissionais privilegiam nas discussões a dimensão orgânica/fisiológica dos pacientes e que, de nossa parte, temos a sensação de que a singularidade dos mesmos, no que diz respeito aos aspectos psíquicos e emocionais, não é considerada. No contato com a família dos nossos pacientes crianças, descrevemos um caso em que o encerramento dos atendimentos consistiu na única possibilidade vislumbrada para nos mantermos como representantes da singularidade do paciente. Relatamos também dois casos que

atendemos e no qual pudemos relacionar às mudanças no brincar com novas organizações subjetivas em direção ao viver criativo, a despeito de suas limitações orgânicas.

No que diz respeito às contribuições dos dois autores pesquisados, abordamos no primeiro capítulo o modelo onírico em Freud como paradigma do funcionamento psíquico. Por meio da descrição dos mecanismos presentes na formação dos sonhos (condensação, deslocamento, condições de figurabilidade e elaboração secundária) pudemos constatar a emergência de conteúdos inconscientes (desejos e fantasias) nos mesmos.

Na sequência, abordamos o modelo onírico como símile da clínica psicanalítica em Freud. Isto por que neste âmbito, via transferência, conteúdos inconscientes também emergem. Neste sentido, constatamos que a função do analista, a partir de Freud, pode ser possibilitar que tal movimentação ocorra por meio da sustentação da associação livre e da regra da abstinência.

Em consonância com a proposta de focarmos a dimensão das vivências, constatamos, a partir de tais considerações, que os sonhos e a transferência em Freud se consolidam na clínica psicanalítica como espaços fronteiriços. Em ambos encontramos a sobreposição entre passado e presente, realidade interna e externa.

A sobreposição entre passado e presente ocorre nos sonhos por meio do retorno às estruturas psíquicas mais antigas (regressão) que oportunizam a satisfação alucinatória de desejos. Acrescenta-se ainda na consolidação de tal proposta, a constatação de que tais desejos são infantis. De modo semelhante, encontramos na transferência o retorno do passado ao presente perante a reativação de protótipos infantis (formas de condução da vida erótica) na relação com o analista.

No que diz respeito à sobreposição entre realidade interna e externa, a encontramos nos sonhos mediante a presença da vividez sensorial nestes, apesar do estado de sono. Este ocorre mediante certo desinvestimento na realidade externa, entretanto a vividez sensorial pertencente a esta se faz presente nos sonhos. Na transferência, a realidade interna e externa aproximam-se na medida em que Freud vinculou sua origem à existência de frustrações da satisfação pulsional em virtude de condições externas reais associadas aos conflitos que compõem a neurose. Deste

modo, os relacionamentos reais estabelecem-se a partir de protótipos infantis, ou seja, perpassados por fantasias inconscientes.

O percurso trilhado na obra de Freud nos possibilitou constatar que o âmbito das vivências na clínica psicanalítica consolida-se mediante experiências afetivas significativas. Compreendemos que estas ocorrem na interpretação dos sonhos, assim como na transferência e na associação livre. Ao destacarmos a sobreposição entre realidade interna e externa, passado e presente pudemos concluir que são estas características que inserem a mobilidade, as movimentações e as transformações psíquicas. Neste sentido, os três elementos oportunizam a inscrição de uma dimensão psíquica, para além do campo orgânico/fisiológico. Destacamos ainda que é função do analista com suas ações sustentar tais movimentações.

No segundo capítulo abordamos a teoria do desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott, assim como suas concepções sobre o brincar e a transicionalidade. Iniciamos com a descrição das dificuldades encontradas por este na sua prática clínica psicanalítica, haja vista serem semelhantes as que vivenciamos na instituição na qual estamos inseridos. Descrevemos então as modalidades de intervenção propostas pelo autor, que encontramos na pesquisa realizada: consultas terapêuticas, tratamento a partir da demanda e psicanálise compartilhada. Destacamos que tais modalidades compõem o que o autor denominou como a ação de trabalhar como um analista, diferenciando da análise propriamente dita.

Na sequência, abordamos o desenvolvimento emocional primitivo sob três perspectivas distintas: a partir dos processos de integração, personalização e realização; das relações de objeto e do processo de dependência rumo à independência. Compreendemos que as três estão intrinsecamente relacionadas. A descrição de cada uma separadamente oportunizou constatar a importância do ambiente enquanto adaptação às necessidades do bebê para que este gradativamente pudesse se desenvolver.

Abordamos então a noção de ambiente em Winnicott. Destacamos nesta o enlace entre aspectos concretos (segurar, dar banho, pegar no colo, etc.) e a dimensão das experiências (continuidade-de-existência, mutualidade, entre outras). Considerando que, inicialmente, o bebê não estabeleceu uma distinção entre o que é ele e o que não

é (eu/não-eu), perante a adequação do ambiente, pode experimentar a passagem da dependência absoluta, para a dependência relativa em direção a independência. Circunscreve-se gradativamente o relacionamento e o uso dos objetos, a capacidade simbólica, a separação entre realidade interna e externa e a consolidação das relações entre estas.

Propomos, ao longo da dissertação, que a mãe ou quem exerce a função materna ao adaptar-se às necessidades do bebê identifica-se com o ambiente. Trata-se obviamente do momento de dependência absoluta, em que mãe e ambiente ao identificarem-se oportunizam a sustentação da vida somática e psíquica do bebê, inserindo possibilidades de movimentação rumo à independência. Ao abordarmos o desenvolvimento emocional primitivo, abordamos também o brincar e a transicionalidade.

Pudemos constatar que o brincar e a transicionalidade sustentam a reatualização na clínica do modelo de desenvolvimento emocional primitivo. Apesar do paciente não se recordar claramente do que vivenciou no seu desenvolvimento primitivo, revive tais experiências na psicoterapia na medida em que lhe é oferecido um ambiente adequado em que pode brincar. Neste sentido, pudemos compreender a transicionalidade como possibilidade de movimentação psíquica, que paradoxalmente, se constitui no âmbito clínico como área de repouso. Trata-se do estabelecimento de um espaço intermediário no qual passado e presente, assim como realidade interna e externa se sobrepõem constituindo uma potente área de transição no interior da qual a transformação psíquica ganha possibilidades de acontecer.

Lançamos então a proposta de que, assim como mãe e ambiente identificam-se na dependência absoluta, na medida em que a dimensão da transicionalidade implica na possibilidade de retorno aos estágios do desenvolvimento emocional primitivo, analista e *setting* também se identificam.

Concluimos, a partir das considerações tecidas, que a identificação entre analista e *setting*, a partir de Winnicott, aproxima-se da sobreposição que encontramos entre passado e presente, realidade interna e externa na transferência e nos sonhos a partir de Freud. Nos dois autores, a função do analista possibilita a sustentação para as movimentações psíquicas e emocionais.

Pudemos constatar, portanto, que na nossa prática clínica psicanalítica na instituição a psicanálise é exercida na medida em que estamos perpassados por este anseio. Neste sentido, nos tornamos representantes das singularidades do sujeito. Para além da ordem orgânica/fisiológica e familiar exercemos a função de ponte entre equipe de saúde, família e os pacientes. Oportunizamos vivências que circunscrevem a especificidade da psicanálise e que independente do formato das intervenções visam à assunção do que, no nosso entendimento, há de mais particular em cada um: a emergência de conteúdos inconscientes e a possibilidade de experenciar um modo de viver genuíno e criativo.

REFERÊNCIAS

BREUER, J.; FREUD, S.. “Estudos sobre a histeria” (1893/1895). In. FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996, pp. 39-216.

BREUER, J.; FREUD, S. “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar.” (1893). In. FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996, pp. 39-53.

BREUER, J.; FREUD, S. “A psicoterapia da histeria”. (1895). In. FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996, pp. 270-316.

DARRIBA, V. “O ‘inacabamento’ do conceito na psicanálise.” (2004). **Pulsional Revista de Psicanálise**, São Paulo, ano XVII, n 179, pp. 78-85.

FIGUEIREDO, A.C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FREUD, S. “Sobre a psicoterapia.” (1905[1904]). In. _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, pp. 241-254.

FREUD, S. “Fragmento da análise de um caso de histeria.” (1905[1901]). In. _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, pp. 13-25.

FREUD, S. “A dinâmica da transferência.” (1912a). In. _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, pp. 107-120.

FREUD, S. “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise.” (1912b). In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, pp. 121-134.

FREUD, S. “Sobre o início do tratamento.” (1913). In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, pp. 135-158.

FREUD, S. “Recordar, repetir e elaborar.” (1914). In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, pp. 159-172.

FREUD, S. Observações sobre o amor transferencial. (1915). In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, pp. 173-188.

FREUD, S. “Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos.” (1917a). In: _____. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. vol. 2. Rio de Janeiro: Imago, 2006, pp. 75-98.

LINS, M.I.A. **Consultas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MAIA, M. V.C. M.; PINHEIRO, N. N. B. “Um psicanalista fazendo outra coisa: reflexões sobre *setting* na psicanálise extra muros.”. (2011). **Psicologia: Ciência e Profissão [online]**. Brasília, vol.31, n.3, pp. 656-667. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000300016>. Acesso em: 20/07/2011.

VILHENA, J. “Clínica psicológica com populações de baixa renda: dispositivos clínicos e agenciamento subjetivo.” (2006). **Revista Eletrônica Polêmica**, Rio de Janeiro, nº 16, 2006. Disponível em: www.polemica.uerj.br/pol16/oficinas/lipis4.htm. Acesso em: 07/06/2011.

WINNICOTT, D. W. “Consultas no departamento infantil.” (1942). In: _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000, pp. 133-147.

WINNICOTT, D. W. “Desenvolvimento emocional primitivo.” (1945). In: _____. **Op. Cit.** Rio de Janeiro: Imago, 2000, pp. 218-232.

WINNICOTT, D. W. "Objetos transicionais e fenômenos transicionais." (1951). In:____. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975, pp. 13-44.

WINNICOTT, D. W. "Um caso tratado em casa." (1955a). In:____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000, pp. 187-198.

WINNICOTT, D. W. "Clínica particular." (1955b). In: WINNICOTT, C. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: ARTMED, 1994, pp. 225-229.

WINNICOTT, D. W. "Formas clínicas da transferência." (1955c). In:____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. "Sobre a contribuição da observação direta da criança para a psicanálise." (1957). In:____. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: ARTMED, 1983, pp. 101-105.

WINNICOTT, D. W. "Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?" (1959-64). In:____. **Op. Cit.** Porto Alegre: ARTMED, 1983, pp. 114-127.

WINNICOTT, D. W. "Os objetivos do tratamento psicanalítico." (1962). In:____. **Op. Cit.** Porto Alegre: ARTMED, 1983, pp. 152-155.

WINNICOTT, D. W. "Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo." (1963). In:____. **Op. Cit.** Porto Alegre: ARTMED, 1983, pp. 77-87.

WINNICOTT, D. W. "A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise." (1964). In: WINNICOTT, C. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: ARTMED, 1994, pp. 77-81

WINNICOTT, D. W. "O jogo do rabisco." (1964-68). In: WINNICOTT, C. **Op. Cit.** Porto Alegre: ARTMED, 1994, pp. 230-243.

WINNICOTT, D. W. "O valor da consulta terapêutica." (1965). In: WINNICOTT, C. **Op. Cit.** Porto Alegre: ARTMED, 1994, pp. 244-248.

WINNICOTT, D. W. "A localização da experiência cultural." (1967a). In:____. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975, pp. 133-144.

WINNICOTT, D. W. "O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil." (1967b). In:____. **Op. Cit.** Rio de Janeiro: Imago, 1975, pp. 153-162.

WINNICOTT, D. W. "O brincar: uma exposição teórica." (1968[1967]). In:____. **Op. Cit.** Rio de Janeiro: Imago, 1975, pp. 59-78.

WINNICOTT, D. W. "A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências." (1968a). In:____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1999, pp. 79-92.

WINNICOTT, D. W. "O uso de um objeto e relacionamento através de identificações." (1968b). In:____. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975, pp. 121-132.

WINNICOTT, D. W. "A experiência mãe-bebê de mutualidade." (1969). In: WINNICOTT, C. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: ARTMED, 1994, pp.195-202.

WINNICOTT, D. W. "O brincar: a atividade criativa e a busca do eu (*self*)." (1971a). In: _____. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975, pp. 79-94.

WINNICOTT, D. W. "Sonhar, fantasiar e viver: uma história clínica que descreve uma dissociação primária." (1971b). In: _____. **Op. Cit.** Rio de Janeiro: Imago, 1975, pp. 45-48.

WINNICOTT, D. W. **Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil**. (1971c). Rio de Janeiro: Imago, 1984.

WINNICOTT, C. **The Piggle: relato do tratamento psicanalítico de uma menina**. (1977). Rio de Janeiro: Imago, 1987.

WINNICOTT, D. W. **Natureza Humana**. (1988). Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WINNICOTT, D. W. Notas sobre o brinquedo. (sem data). In: WINNICOTT, C. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: ARTMED, 1994, pp. 49-52.