

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

A TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS EM
SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

LÍVIA MILHOMEM JANUÁRIO

Brasília-DF

2008

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

A TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS EM
SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

LÍVIA MILHOMEM JANUÁRIO

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura, sob a orientação da professora Dra. Maria Izabel Tafuri.

Brasília-DF

2008

A Banca Examinadora que aprovou esta dissertação teve a seguinte composição:

Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri
Universidade de Brasília - UnB
Presidente

Profa. Dra. Maria Teresa Melo de Carvalho
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Membro Externo

Prof. Dr. Luiz Augusto Monnerat Celes
Universidade de Brasília - UnB
Membro Titular

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Universidade de Brasília - UnB
Membro Suplente

Brasília, 05 de maio de 2008

Aos pacientes que, tão secretos e surpreendentes quanto um esconderijo de criança, me ensinaram a ser clínica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em especial, aos meus pais, Iolanda e Januário, pelo amor e pelo carinho;

Aos meus irmãos, Lília e Adolpho, companheiros eternos, por nossa infância juntos;

Ao meu marido, Kessary, pelo amor, pelo respeito, pelo companheirismo e pelo incentivo;

À minha madrinha, Jaqueline, por ser a melhor madrinha do mundo;

Ao João, por simplesmente estar na minha vida e ser o que é;

À minha sogra, Victoria, pelos ensinamentos valiosos, pela revisão do texto, pelo incentivo e pelo carinho com que acompanhou o desenvolvimento deste trabalho;

À professora Dra. Maria Izabel Tafuri, a quem admiro, por dar origem a esse percurso, por todo acolhimento, confiança e incentivo, pelas preciosas supervisões clínicas, pela orientação cuidadosa e por zelar pela continuidade dos processos desencadeados na graduação e na elaboração desta dissertação;

À Dione Zavaroni pelo acolhimento, pelas supervisões e pelo carinho com que coordenou o projeto de extensão “Pediatria e Psicanálise” que deu início a minha formação em psicanálise com crianças;

Aos professores do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília que auxiliam em minha formação em especial os professores Ileno Izídio da Costa e Luiz Augusto Celes;

Aos colegas da UnB, em especial, do Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise, pelas opiniões, pelos desabafos e por testemunharem meu percurso;

Às minhas amigas Adriana, Andréia, Brena, Carol, Júlia, Lucélia, Luciana, Luzinete, Marília, Rachel, Rafaela o reconhecimento pela amizade, obrigada por estarem sempre por perto;

À CAPES, pelo apoio financeiro.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO	1
Justificativa	2
Objetivos e Hipóteses	4
Metodologia	6
Apresentação dos Capítulos	11
CAPÍTULO 01 – O SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE E A CLÍNICA COM CRIANÇAS	14
A Utilização do Termo Sofrimento Psíquico Grave	21
Algumas Dificuldades e Problemas da Utilização de Termos Psiquiátricos	24
Algumas Contribuições da Psicanálise ao Estudo do Sofrimento Psíquico Grave	28
CAPÍTULO 02 – A TRANSFERÊNCIA E A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE	37
A Transferência como um Conceito Psicanalítico	37
A Transferência e a Clínica Psicanalítica com Crianças	46
A Transferência na Clínica Psicanalítica com Crianças em Sofrimento Psíquico Grave	56
CAPÍTULO 03 – A TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE A PARTIR DAS IDÉIAS DE WINNICOTT	61
Winnicott: Uma Mudança de Paradigma na Psicanálise	62
A Noção de Transferência em Winnicott	66
A Noção de Holding	69
O Modelo da “Mãe Suficientemente Boa” como Norteador da Transferência	77
A “Regressão à Dependência” na Transferência como um Instrumento Fundamental do Trabalho de Análise	82
O Uso Terapêutico da Falha do Analista	88
CAPÍTULO 04 - A RELAÇÃO TRANSFERENCIAL PARA ALÉM DA INTERPRETAÇÃO	91
O Uso de Objetos e sua Influência sobre a Técnica da Interpretação	93
História Clínica	100
O Encontro com Leonardo	102

A Relação Transferencial Marcada pela Destruição e pela Sobrevivência da Analista-----	106
A Evolução da Análise-----	117
Da relação ao Uso do Analista: A Sobrevivência da Analista-----	118
O Estabelecimento da Capacidade de Brincar -----	121
CAPÍTULO 05 - A IMPORTÂNCIA DOS VÍNCULOS SENSORIAIS NÃO-VERBAIS NA RELAÇÃO TRANSFERENCIAL	126
A Simbolização Não-Verbal -----	126
O Resgate dos Vínculos Sensoriais Não-Verbais na Relação Transferencial-----	131
História Clínica-----	139
O Encontro com Igor -----	143
A Transferência Marcada pelo Olhar e pelo Corpo no Processo de Constituição Psíquica de Igor-----	146
Evolução da Análise-----	158
O Olhar como Vínculo Sensorial Não-Verbal na Relação Transferencial -----	160
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	172
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E VIDEOGRÁFICAS.....	182

RESUMO

A área de interesse desta dissertação é a psicanálise com crianças em sofrimento psíquico grave, e o objeto de pesquisa é a relação transferencial com essas crianças. Primeiramente, reflete-se sobre o sofrimento psíquico grave adotando a postura clínica de escutar o sujeito para além da patologia e do sintoma, pensando o sujeito como um ser com singularidades e com particularidades. Em seguida, investiga-se e discute-se sobre as formas de abordar e de analisar a transferência na clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave e ainda identificam-se algumas das especificidades da relação transferencial nessa clínica. Posteriormente, demonstra-se a importância de pensar o manejo da transferência para além dos limites da interpretação e resgata-se a importância dos vínculos sensoriais não-verbais na relação transferencial. Realiza-se um estudo teórico a partir das obras de Freud, de Klein e de Winnicott, priorizando os textos sobre transferência, e relata-se a evolução do tratamento de duas crianças em sofrimento psíquico grave, enfocando as especificidades e as mudanças na relação transferencial com cada criança. Discute-se a importância de pensar a transferência na clínica com crianças em sofrimento psíquico grave não apenas como uma forma de re-significação de sentido e de significado de algo vivido, mas também como uma forma de constituir o vivido na relação atual com a analista. A relação transferencial é vista como lugar privilegiado para a instauração de experiências inaugurais, do não vivido e do por viver.

PALAVRAS-CHAVES: Sofrimento psíquico grave, Psicanálise, Transferência, Interpretação, Vínculos sensoriais não-verbais.

ABSTRACT

The area of interest in this dissertation is the psychoanalysis with children in serious psychic suffering, aiming the transferential relationship with them. Firstly, it reflects on the serious psychic suffering, adopting the clinical posture of listen the subject beyond the pathology and the symptoms, thinking the subject as a being with his own singularities and particularities. Next, the ways of thinking and analyzing the transference with children in serious psychic suffering are investigated and discussed, and also its specificities are identified. Subsequently, the importance of thinking the transferential handling far beyond the limits of the interpretation is demonstrated, bringing back the importance of non-verbal sensorial bonds in the transferential relationship. A theoretical study on Freud, Klein and Winnicott works is carried out, especially their texts on transference and an evolution of the treatment of two children in serious psychic suffering is related, focusing on the specificities and changing in the transferential relationship with each child. This dissertation discusses about the importance of thinking clinical transference with children in serious psychic suffering not only as a resignification of the meaning of something experienced, but also as a way to constitute what is experienced in the relationship with the analyst. The transferential relationship is seeing as a privileged place for the establishment of inaugural experiences, some of them not yet lived and others which are to be lived.

KEYWORDS: Serious psychic suffering, Psychoanalysis, Transference, Interpretation, Non-verbal Sensorial Bonds.

INTRODUÇÃO

A área de interesse desta dissertação é a psicanálise com crianças em sofrimento psíquico grave, e o objeto de pesquisa é a relação transferencial com essas crianças.

Freud (1905 [1901]) nomeou os tipos de relações entre analistas e analisandos de transferência. Porém, a transferência não é um fenômeno específico do processo psicanalítico, ela opera ao longo da vida, influencia as relações humanas e está presente desde o início da análise; em alguns casos, mesmo antes do começo da análise, como no caso de um sonho ocorrido antes da análise. Contudo, no processo de análise o fenômeno da transferência é abordado de forma diferente da que ocorre no cotidiano, o que é novo na análise em relação à cultura não é a transferência, mas a própria análise da transferência, diz Laplace (1993). Assim, a transferência não é criada na relação analítica, e, sim, evidenciada, como os outros fenômenos inconscientes; e não é a transferência em si que define a psicanálise, mas o manejo e a interpretação da relação transferencial.

Muitos estudos psicanalíticos são estruturados tendo como base a transferência. Tanto na descrição e na discussão de um caso clínico quanto em estudos teóricos encontram-se referências ao tema. Isso porque a transferência é um conceito teórico fundamental na psicanálise e é o que contextualiza sua prática clínica. Um dos motivos pelos quais a psicanálise se distingue de outras psicoterapias é, justamente, por considerar a análise da transferência um instrumento fundamental do processo de análise.

JUSTIFICATIVA

Apesar de existirem muitas obras que se referem ao tema em questão, acredita-se que ainda é fundamental o estudo da transferência como tema de pesquisa, principalmente no que se refere à clínica com crianças em sofrimento psíquico grave, visto que os processos transferenciais enviam o psicanalista constantemente a questões que necessitam de elaborações teóricas.

Sabe-se também que a temática da transferência parece ser inesgotável. O intuito nesta dissertação é evidenciar como ela vem sendo concebida e trabalhada na clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave e algumas de suas especificidades. Faz-se assim um recorte e uma leitura específica do fenômeno transferencial, sabendo da existência de uma infinidade de outras possíveis leituras e recortes.

Com relação à clínica psicanalítica com crianças, observa-se que a técnica e o *setting* psicanalítico clássico são adaptados para atender as necessidades das crianças. Melanie Klein (1926) contribuiu muito para essa clínica ao mostrar que o brincar e o jogo são expressões simbólicas da vida interior das crianças, sendo comparáveis às associações livres dos adultos, e, ainda, que a técnica do brincar utiliza e mantém os mesmos critérios, princípios e resultados do método psicanalítico proposto por Freud. Com a técnica do brincar e sua interpretação foi possível então a prática clínica com crianças.

Tendo como base as idéias de Freud e de Klein, iniciei meu percurso clínico atendendo crianças e utilizando como ferramenta básica a interpretação do brincar e da relação transferencial.

Ao entrar no grupo de pesquisa do Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB), sob a coordenação da Prof. Dra. Maria Izabel Tafuri, comecei atender crianças em sofrimento psíquico grave. Nesse momento, deparei-me com situações específicas da clínica psicanalítica com essas crianças. A técnica da interpretação do brincar, desenvolvida por Klein e até então utilizada por mim, estava inabilitada nessa clínica. Na relação transferencial, existia uma dificuldade de compreender qual era o lugar que essas crianças me colocavam. Diante da impossibilidade de interpretar, de saber qual o meu lugar e de encontrar significados para as ações das crianças, encontrei-me em um estado de desamparo teórico e técnico e, ainda, de desconforto frente à concepção clássica de Klein de que se não há interpretação não se está fazendo um trabalho psicanalítico.

O estado em que me encontrava pode ser bem expresso pelas palavras de Winnicott:

Tive, portanto, uma experiência única – mesmo para um analista. Não tenho como deixar de sentir-me diferente de quem eu era antes de esta análise começar. Para os não-analistas será impossível conhecer a tremenda quantidade de ensinamentos que essa experiência com uma paciente é capaz de proporcionar, mas entre analistas posso esperar pela compreensão integral de que essa experiência submeteu a psicanálise a um teste todo especial, e ensinou-me muitas e muitas coisas.

O tratamento e o manejo desse caso colocaram em xeque tudo o que tenho enquanto ser humano, psicanalista e pediatra. Fui obrigado a crescer enquanto pessoa no decorrer do tratamento, de um modo doloroso que eu teria tido prazer em evitar. Particularmente, foi-me necessário aprender a examinar a minha própria técnica toda vez que surgiam dificuldades, e em todas as cerca de doze fases de resistência ocorridas ficou claro em seguida que a causa originava-se de algum fenômeno de contratransferência, tornando necessária uma auto-análise adicional do analista. (Winnicott, 1954-5, p.376-7).

Nesse grupo de pesquisa, com as supervisões clínicas, passei a adotar uma postura diferente da tradicional, em que a relação transferencial é trabalhada por meio

da interpretação e/ou tradução das ações de uma criança, mesmo que ela não estabeleça uma transferência de acordo com o modelo freudiano. Passo a adotar a postura desenvolvida por esse grupo, que é a de ocupar, no primeiro momento da análise, o lugar de “analista não-intérprete”, em que o manejo da relação transferencial é realizado não pelas interpretações, mas pelo estar junto da criança ao modo dela. (Tafari, 2003). A partir dessa postura e do estudo teórico das obras de autores como Winnicott, foi-me possível então começar a compreender e a ocupar o lugar que cada criança me coloca.

Nesses estudos teóricos e na clínica com essas crianças algo que me chama atenção é a especificidade da relação transferencial. Motivada pelo modo de conduzir a análise dessas crianças, e diante do número cada vez maior de pacientes que não respondem às intervenções clássicas psicanalíticas surge o interesse em pesquisar a transferência na clínica com essas crianças.

No começo, esse tema de estudo ainda não estava claro, mas algo se fazia constantemente presente: existia uma curiosidade em compreender a particularidade dos fenômenos transferenciais nessa clínica. Então, partiu-se das sensações e dos sentimentos que a teoria e a clínica evocavam para iniciar uma elaboração teórica e clínica. Desta forma, nesta dissertação, seguindo os preceitos de Freud, parte-se da experiência clínica para refletir sobre a teoria e os fenômenos clínicos, tentando-se chegar a novas elaborações sobre o tema em questão, já foi a clínica psicanalítica que mostrou os limites teóricos e técnicos presentes no manejo da transferência com essas crianças.

OBJETIVOS E HIPÓTESES

O objetivo geral desta dissertação é o estudo da transferência na clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave. A partir desse estudo geral, este trabalho tem como objetivos específicos: 1) refletir sobre o sofrimento psíquico grave adotando a postura clínica de escutar o sujeito para além da patologia e do sintoma, pensando o sujeito como um ser com singularidades e com particularidades; 2) investigar e discutir sobre as formas de abordar e de analisar a transferência na clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave; 3) identificar algumas das especificidades da relação transferencial nessa clínica; 4) demonstrar a importância de pensar o manejo da transferência para além dos limites da interpretação e 5) resgatar a importância dos vínculos sensoriais não-verbais não apenas no processo de constituição do sujeito como também no processo psicanalítico e na retomada do desenvolvimento emocional do indivíduo.

A dissertação discute sobre a importância de pensar a transferência na clínica com crianças em sofrimento psíquico grave não apenas como uma forma de resignificação de sentido e de significado de uma relação que já foi vivida, na qual uma carga afetiva se associa a uma outra representação que não a original, mas também de pensar a relação transferencial como lugar privilegiado para a instauração de experiências inaugurais, do não vivido e do por viver. Assim, reflete-se sobre a possibilidade de conceber a transferência como uma relação que tem importância tanto no processo analítico quanto no processo de constituição e de formação do sujeito.

Para discutir os objetivos propostos, utiliza-se como referencial teórico a psicanálise, em especial a obra de Winnicott. Segundo esse autor, o sofrimento psíquico grave deve-se a uma falha ambiental precoce no período da dependência absoluta da criança, e a função do analista, além de interpretar e de favorecer a transferência, é

também de proporcionar um ambiente *holding* que vá se adaptando às necessidades da criança, favorecendo a retomada do processo de desenvolvimento emocional do sujeito.

Nesta dissertação investiga-se se, ao proporcionar esse ambiente *holding*, a criança não apenas transfere conteúdos inconscientes do já vivido, como também usa o analista e o *setting* como ambiente para se constituir, transferindo e vivenciando experiências novas que não foram vividas ou simbolizadas devido a uma falha ambiental precoce. Assim, a criança estaria transferindo o já vivido como também o não vivido e, com isso, a transferência poderia ser pensada não apenas como uma forma de resignificação de algo vivido como, também, uma forma de constituir o vivido na relação atual com a analista.

METODOLOGIA

Como nesta dissertação a área de interesse é a psicanálise com crianças em sofrimento psíquico grave, e o objeto de pesquisa é a relação transferencial com essas crianças, o método de pesquisa não poderia ser outro que o próprio método psicanalítico proposto por Freud.

O método psicanalítico, diferentemente do método positivista, segue o modelo epistemológico sujeito-sujeito, no qual a produção do conhecimento advém da interação entre analista e paciente. Os fenômenos são compreendidos a partir do estudo da relação transferencial entre analista e analisando. Assim, a investigação em psicanálise se dá fundamentalmente pelo estudo da relação intersubjetiva mediada pelas noções de transferência e contratransferência.

Sabe-se que Freud funda não apenas uma teoria, mas também uma terapêutica e um método de investigação. Assim, a psicanálise pode ser definida pelo tripé: teoria dos processos psíquicos, método de tratamento e procedimento de pesquisa. Celes (2005) mostra que a psicanálise é originária e fundamentalmente ato, isto é, trabalho de tratamento. Para ele, a intencionalidade terapêutica da psicanálise designa o primeiro sentido descrito por Freud, o motivo de existência e o valor da psicanálise. O tratamento permite a pesquisa, que, por sua vez, permite a formulação de teorias. Então, psicanálise é antes trabalho (prática clínica) que conhecimento (teoria) e “se constrói de novo – ainda que não exatamente a mesma coisa – em cada análise.” (p.162).

O modelo criado por Freud não é explicativo e determinista, onde existe uma relação de causa e de efeito. Freud não lida com a noção de causa e, sim, com a de desejo. A psicanálise não se estabelece como discurso coerente e controlado, mas como discurso e narrativa. Nesse sentido, no modelo freudiano se lida com sentidos e com significados criados a partir da subjetividade de cada paciente. Diante disso, a psicanálise tem como instrumento clássico de trabalho a interpretação, por meio da qual o analista busca compreender os significados que cada paciente fornece aos acontecimentos de sua vida.

No método psicanalítico, segundo Safra (2005c), o importante não é a objetificação ou a explicação, mas, sim, a narrativa, a descrição ou a compreensão dos fenômenos. Isso porque muitos dos fenômenos subjetivos não são passíveis de serem capturados em uma perspectiva de causa e de efeito e não são passíveis de explicação, mas de compreensão. Assim, Safra coloca que o fundamental é a narrativa que explicita o que acontece no processo intersubjetivo, desvelando os sentidos presentes na

experiência sujeito-sujeito, sendo que, o rigor metodológico é conseguido pela explicitação do contexto em que o fenômeno aparece.

Safra (2001) revela ainda que os trabalhos psicanalíticos não são menos rigorosos por não utilizarem a metodologia tradicional, caracterizada pela dicotomia sujeito-objeto, visto que as investigações em psicanálise são realizadas com base no rigor dado principalmente pela fidelidade aos princípios que norteiam a prática da investigação psicanalítica. Além disso, esse rigor é conseguido também pelo posicionamento do psicanalista dentro de uma perspectiva ética, sendo a ética psicanalítica uma ética que se inscreve tanto na prática clínica quanto no modelo e na forma de investigação.

Nesta pesquisa, o procedimento de investigação advém da própria situação clínica e utiliza-se o estudo de caso como forma de comunicar essa experiência analítica. Relata-se a evolução do tratamento de duas crianças em sofrimento psíquico grave, Leonardo e Igor (nomes fictícios), priorizando as mudanças e as especificidades da relação transferencial com cada criança. Além disso, esta pesquisa realiza um estudo teórico a partir da leitura das obras de Freud, de Klein e de Winnicott, em especial dos textos sobre a transferência.

Sabe-se que a utilização de material clínico em pesquisa acadêmica em psicanálise exige particularidades e cuidados. Garcia-Rosa (1991), ao falar sobre a prática clínica como uma forma de pesquisa, ressalta que uma das especificidades desse trabalho é o fato de ele defrontar com o não-antecipável e com o não-previsível, tendo assim uma dimensão não-formal e ainda a presença do real e do acontecimento.

Safra (1991) mostra que, na pesquisa com material clínico, os dados não podem ser completos, visto que muitos dos fenômenos que acontecem no *setting*

analítico são impossíveis de registrar como, por exemplo, as associações realizadas silenciosamente pelo analista e pelo analisando.

Outra especificidade da utilização de dados clínicos em pesquisa é o fato de o psicanalista pesquisador ter um dever ético não apenas com a ciência, mas também com o paciente. Com isso, “a pesquisa e a reflexão teórica devem vir depois e não estorvar ou impor seus meios e fins à prática clínica.” (Figueiredo e Coelho Jr, 2000, p. 18). Com essa afirmação os autores chamam atenção para o fato de que em pesquisas clínicas precisa-se, primeiro, estar atento à situação clínica e, depois, às situações que envolvem a pesquisa como o sigilo profissional e a privacidade do paciente, tendo sempre como base a responsabilidade ética com o sujeito em questão.

Ogden (1994), ao falar sobre a interdependência entre analista e analisando, afirma que no processo analítico “o analisando não é simplesmente sujeito *da* investigação analítica; o analisando precisa ser ao mesmo tempo o sujeito *nesta* investigação (ou seja, criar esta investigação), na medida em que sua auto-reflexão é fundamental para o trabalho da psicanálise”. Da mesma forma, o analista não pode ser apenas observador, “na medida em que sua experiência subjetiva nesse esforço é o único caminho possível para adquirir conhecimento sobre a relação que ele está tentando entender.” (p. 04, grifo do autor).

Caminhando nesse sentido, Safra chama atenção para o fato de que “dentro do modelo psicanalítico não se pode falar do estudo do fenômeno psíquico sem levar em conta também o psíquico do pesquisador”, apontando para a necessidade da análise pessoal do pesquisador-psicanalista e do acompanhamento do supervisor no trabalho como uma forma de garantir uma maior objetividade nos dados clínicos da pesquisa. (Safra, 1991, p. 57).

Levando em consideração que a prática clínica também é um processo de transformação e crescimento pessoal tanto do analisando quanto do analista, visto que a análise não é apenas uma reflexão individual, mas também uma atividade a dois, este estudo se depara com a importância de se levar em conta não apenas a singularidade de cada paciente, mas também o estilo e a subjetividade da analista.

Ao se considerar ainda que o próprio ato de escrever é permeado e permeia a subjetividade de quem escreve, como também a própria escolha do objeto de pesquisa carrega algo de pessoal e de subjetivo, torna-se impossível excluir o pesquisador clínico desta pesquisa, já que ele faz parte da pesquisa e está inevitavelmente implicado no processo.

Diante disso, a realização deste trabalho se depara com questões cruciais sobre o fazer pesquisa em psicanálise, questões essas que passam pelo estudo teórico, pela prática clínica, pela subjetividade de paciente e de analista, e pelo processo de escrita; questões que caminham juntas e que se influenciam mutuamente na produção deste texto. Assim, este trabalho é uma tentativa de produzir um texto teórico-clínico que contemple as singularidades e as subjetividades do paciente e do analista; o encontro entre eles, que é único, íntimo e próprio da relação analítica; e a escrita permeada pela subjetividade do escritor e pelas exigências de um trabalho acadêmico. Em outras palavras, procura-se realizar um trabalho de mestrado acadêmico em psicanálise sem perder as especificidades de um trabalho clínico.

A questão do singular e do geral na pesquisa psicanalítica é outro ponto que merece destaque. Sabe-se que em psicanálise não existe um saber que possa ser aplicado a todos os indivíduos, apesar dos indivíduos compartilharem fenômenos que são próprios do humano e são, assim, universais. Contudo, o psicanalista, a cada sessão de

análise, deve deixar em segundo plano seu conhecimento teórico sobre o psiquismo humano para poder acolher o original e o novo que cada paciente revela. A pesquisa em psicanálise está interessada no singular e no particular para, a partir deles, tentar construir modelos que abrangem o psíquico. Assim, a psicanálise foca nas particularidades que estão por serem redescobertas entre o universal da teoria e o singular da experiência subjetiva, sendo que é pela transferência e na transferência que a singularidade do sujeito pode ser acolhida.

Para Safra (2004a), essa é uma forma de trabalhar que se funda na singularidade do outro e é ao mesmo tempo um paradoxo, pois, ao testemunhar o devir de alguém, presencia-se, também, aspectos fundamentais da existência de todos, já que toda pessoa é singular e revela algo de único, mas, ao mesmo tempo, revela questões fundamentais e universais do humano.

APRESENTAÇÃO DOS CAPÍTULOS

Para abordar essas questões, organiza-se o trabalho em cinco capítulos, além da introdução e das considerações finais.

No primeiro capítulo, reflete-se sobre o sofrimento psíquico grave na clínica com crianças, utilizando como referencial teórico e clínico a psicanálise. Realiza-se uma crítica a abordagens reducionistas e organicistas que acabam fazendo uma predição negativa do futuro da criança e dos pais e adota-se a postura clínica de escutar o sujeito para além da patologia e do sintoma, pensando a criança como um ser com singularidades, na qual sua forma de ser não se vincula somente à psicopatologia, mas sobretudo à constituição psíquica.

Tendo como objeto de pesquisa a transferência na clínica com crianças em sofrimento psíquico grave, no capítulo dois é realizado um estudo desse tema nas obras de Freud, de Anna Freud e de Melanie Klein. Nesta parte da dissertação, define-se a transferência como um conceito psicanalítico, aponta-se como ela foi concebida e abordada no surgimento da clínica psicanalítica com crianças e, mais especificamente, com crianças em sofrimento psíquico grave.

No terceiro capítulo, escreve-se sobre a transferência na clínica com crianças em sofrimento psíquico grave a partir das idéias de Winnicott, autor que contribuiu significativamente na forma de se trabalhar com crianças. Em vez de restringir a análise à compreensão do intrapsíquico, como Anna Freud e Melanie Klein, Winnicott ressalta a importância da compreensão do ambiente no desenvolvimento emocional primitivo. Neste capítulo, realiza-se uma exposição sobre a mudança de paradigma na psicanálise, sobre a noção de transferência na obra de Winnicott e sobre algumas das especificidades da relação transferencial na clínica com pacientes em sofrimento psíquico grave. Dentre as especificidades, ressalta-se a questão do *holding*, o modelo da “mãe suficientemente boa” como norteador da transferência, a “regressão à dependência” na transferência como instrumento fundamental do trabalho de análise e o uso terapêutico da falha do analista.

No quarto capítulo, se esclarece a importância de pensar a relação transferencial na clínica com esses pacientes para além da questão da interpretação. São discutidos aspectos relativos à questão do uso de objetos, da interpretação, da sobrevivência do analista e do brincar. São apresentados alguns dados provenientes da prática clínica, relatando o caso de Leonardo, no qual a relação transferencial é marcada pela destruição e pela sobrevivência do analista em um ambiente *holding*, a partir do

qual a criança pôde retomar o processo de constituição de si mesmo e da externalidade do mundo.

No quinto capítulo, discute-se a importância dos vínculos sensoriais não-verbais na relação transferencial, dentre esses vínculos ressaltam-se o corpo, a voz e o olhar. Nesta parte, relata-se o caso clínico de Igor priorizando a forma na qual a relação transferencial foi trabalhada e demonstra-se a importância do olhar e do corpo no processo de constituição de Igor assim como na compreensão e no manejo da relação transferencial.

A última parte da dissertação versa sobre as considerações finais do trabalho. Retoma-se a importância de se pensar a transferência não apenas como uma forma de repetição do vivido e do acontecido, mas, também, como uma forma de experiência do não-vivido e do não-acontecido, refletindo-se sobre o lugar do analista na relação transferencial com crianças em sofrimento psíquico grave.

Introduzido o trabalho, e feitas as considerações sobre sua metodologia, passa-se agora para as construções teóricas e clínicas desta pesquisa.

CAPÍTULO 01 – O SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE E A CLÍNICA COM CRIANÇAS

A prática psicoterápica pode evitar regras gerais, embora tenhamos necessidade delas e saibamos também que cada paciente está sempre num desvio em relação a elas. (Pierre Fédida, 1988, p.31)

Ao analisar o trabalho clássico de Foucault intitulado *História da Loucura*, observa-se que a loucura esteve presente ao longo da história da humanidade e que durante séculos os loucos conviveram junto aos demais cidadãos. Com esse autor pode-se acompanhar como se deu a exclusão e o isolamento dessas pessoas da sociedade quando, no fim da Idade Média, com o desaparecimento da lepra, começam-se a encher os vazios leprosários com os incuráveis, os criminosos, os pobres e os loucos.

Foucault revela que, nessa época, está presente “o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir; toda prática equívoca cujo sentido é necessário isolar, sentido simbolizado sem dúvida por esses leprosários, vazios desde a Renascença, mas repentinamente reativados no século XVII.” (Foucault, 1972, p. 53). Ainda hoje, a marca dessa segregação, assim como suas conseqüências e reverberações, fazem-se presentes no estudo e no acolhimento desses pacientes.

A partir do século XVIII, com o racionalismo e com o iluminismo, a loucura passa a ser abordada pelo meio científico e cuidados médicos são enxertados à prática do internamento. Pinel é o primeiro a desenvolver um tratamento racional e científico para a loucura que é concebida como decorrente de causas orgânicas. Foucault esclarece que, com Pinel, “está nascendo uma psiquiatria que pela primeira vez pretende tratar o louco como ser humano.” (idem, p.132). Apesar de sua visão organicista, Pinel busca

abolir o aprisionamento dos loucos com correntes e aponta a necessidade de banhos de sol e de ar fresco no tratamento.

Com a medicina positivista do século XIX, a loucura é patologizada, ganha o estatuto de doença mental e os loucos passam a ser colocados em estabelecimentos médicos. Foucault nota que, quando o louco passa para o hospital e a internação passa a ser um ato terapêutico que visa a curar um doente, se reduz com um golpe de força os múltiplos rostos da loucura a uma unidade confusa.

Com essa afirmação, Foucault chama atenção para o perigo de reduzir os sentidos da loucura a uma única unidade de sentido, a de doença mental, visto que “enquanto na maior parte das outras formas de saberes se esboça uma convergência através de cada perfil, aqui a divergência se inscreveria nas estruturas, só autorizando uma consciência da loucura já rompida, fragmentada desde o início.” (idem, p. 166). Assim, o autor aponta para a impossibilidade de se colocar as várias formas de loucuras e de loucos em um mesmo conjunto homogêneo.

Ao analisar a história da loucura, verifica-se que, além das internações, os profissionais de saúde procuram “tratar/curar” os indivíduos com psicoterapias, com remédios, com técnicas que variaram ao longo da história, desde banhos frios e eletrochoque até os mais refinados processos psicoterapêuticos, além, é claro, dos psicotrópicos de última geração. Com esses procedimentos, observam-se algumas das formas ainda predominantes de compreensão e de estigmatização da loucura, tais como, a necessidade de ser tratada, curada, controlada e isolada, além de se referir a aspectos negativos como os de perda, de déficit e de falha.

No início do século XX, surgem os Manuais de Classificação das Doenças Mentais. Principalmente com a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) tem-se uma nova forma de organizar as doenças e com ela surge toda uma tradição de entendimento e de classificação das doenças mentais a partir de uma semiologia indicial, de observação e de sistematização de signos. A loucura passa então a ser chamada de esquizofrenia, psicose ou autismo. Contudo, essa mudança não a tornou menos obscura e até hoje as tentativas de compreensão dos chamados mundos esquizofrênico, psicótico e autista geram controvérsias no meio científico, como será discutido adiante.

Com relação aos transtornos psiquiátricos e a clínica com crianças, Cirino (2001), em seu estudo sobre *Psicanálise e psiquiatria com crianças*, revela que no início do século XX não havia nada que pudesse ser chamado de psiquiatria infantil. Ele mostra que a clínica psiquiátrica com crianças, enquanto clínica específica com conceitos e com métodos próprios, só se estabeleceu a partir de 1930, o que leva o autor a chamar atenção para o fato de que a clínica psiquiátrica com crianças constituiu-se depois do advento da psicanálise, enquanto a clínica psiquiátrica do adulto é essencialmente pré-psicanalítica.

Ao analisar esse fato, Cirino ressalta que, durante décadas, pediatras e psiquiatras infantis utilizaram a teoria psicanalítica em sua formação e, em especial, os trabalhos de Anna Freud e Melanie Klein. Influenciados por esses trabalhos, alguns pediatras e psiquiatras infantis desenvolveram conceitos e hipóteses psicanalíticas principalmente no campo do autismo e das psicoses infantis. Entre eles, Spitz, Mahler, Winnicott, Lebovici, Dolto e Mannoni.

Bercherie (1983), ao realizar um estudo histórico da clínica infantil, destaca a existência de três grandes períodos na estruturação dessa clínica.

O primeiro período refere-se aos setenta e cinco anos iniciais do século XIX, no qual se discute o retardamento mental, tal como estabelecido por Esquirol, a partir da observação de adultos sob o nome de *idiotia*. Nesse período, não se acreditava na existência da “loucura” na criança, e as grandes discussões referiam-se ao grau de irreversibilidade do retardamento mental. De um lado, havia as opiniões dos médicos (Pinel e Esquirol) para os quais o déficit é global, definitivo, e o prognóstico inteiramente negativo. E, de outro lado, havia as opiniões dos educadores (Séguin e Delasiauve) que consideravam o déficit parcial e o prognóstico positivo no caso de utilização de métodos educacionais especiais. Percebe-se então que, em sua origem, a psiquiatria infantil sofre influência de dois ramos: o da educação no qual o objeto eram as crianças consideradas “ineducáveis”; e o ramo saído da psiquiatria e da psicopatologia do adulto, no qual procurava-se encontrar na criança os quadros nosográficos conhecidos na psiquiatria de adultos.

O segundo período começa na segunda metade do século XIX e vai até o primeiro terço do século XX, mas só se manifesta no fim da década de 1880 com a publicação da primeira geração dos tratados de psiquiatria infantil nas línguas francesa, alemã e inglesa. Esse período, intitulado por Bercherie de *A loucura (do adulto) na criança*, se caracteriza pela constituição de uma clínica psiquiátrica da criança, que é o decalque da clínica e da nosologia elaboradas no adulto. Os psiquiatras procuravam encontrar, na criança, as síndromes mentais descritas nos adultos, o que leva a clínica com crianças a não se constituir como campo autônomo de prática e de investigação. Além disso, tratava-se de uma concepção essencialmente médica e somática dos chamados transtornos mentais que eram concebidos como “doenças do cérebro”.

O terceiro período começa na década de 1930 e se estende até hoje. Para Bercherie, o que caracteriza esse período é a influência dominante das idéias psicanalíticas na clínica infantil. A descoberta freudiana de que a neurose do adulto é resultado de um conflito psíquico infantil inverte a antiga perspectiva de aplicar a compreensão do sofrimento do adulto às crianças, uma vez que se constata a contribuição da clínica com crianças para a compreensão da constituição e da estruturação do psiquismo humano.

Bercherie ressalta que a clínica com crianças é fundada sobre uma ampla base empírica e que sua formação é permitida principalmente pela constituição de uma psicologia da criança e de seu desenvolvimento. Não somente a infância passa a ser vista como portadora de características próprias, como seu estudo também gera compreensões sobre o sofrimento psíquico do adulto. A clínica com crianças surge não apenas com a influência de teorias psicanalíticas, como também possui uma estreita relação com estudos sobre o desenvolvimento infantil e sobre a constituição psíquica do sujeito e com a própria prática clínica, o que pode ser observado nos trabalhos de Klein e de Winnicott, por exemplo.

No Brasil, Cirino (2001) esclarece que o momento de formação da psiquiatria infantil está basicamente centrado nas décadas de 1950-60, a partir da influência da psiquiatria francesa e da chamada psicodinâmica divulgadas por Stanislaw Kryncki, que é quem prefacia, em 1969, a tradução brasileira do livro de Melanie Klein, *A psicanálise da criança*.

Atualmente, Cirino ressalta que a relação dos psiquiatras infantis com a psicanálise mudou bastante, existindo uma disputa no campo da atenção à saúde mental da criança entre os mais diversos especialistas: neurologistas, pediatras, psicólogos,

psicopedagogos, psicanalistas, fonaudiólogos e psiquiatras infantis. Assim, o acolhimento de crianças é marcado por uma diversidade de linhas teóricas, de objetos e de formas de atendimento.

Winnicott ilustra esse fato na passagem em que questiona onde encontrar a criança. Nas palavras do autor:

O corpo da criança pertence ao pediatra.
Sua alma pertence ao sacerdote.
Sua psique é propriedade da psicologia dinâmica.
O intelecto pertence ao psicólogo.
A mente, ao filósofo.
A psiquiatria reivindica os distúrbios da mente.
A hereditariedade é propriedade do geneticista.
A ecologia se atribui direitos sobre o meio ambiente.
As ciências sociais estudam as estruturas da família e sua relação com a sociedade e a criança.
A economia examina as pressões e tensões devidas a necessidades conflitantes.
A lei se apresenta para regular e humanizar a vingança pública contra comportamentos anti-sociais. (Winnicott, 1988, p. 25).

Com esse trecho, Winnicott contrasta a multiplicidade das várias reivindicações com o fato de o ser humano ser uma unidade e chama atenção para a necessidade de juntar em uma exposição complexa os conhecimentos produzidos a partir de cada uma dessas abordagens e pontos de vista em vez de adotar um método único e exclusivo.

Cirino (2001) ainda afirma que a psiquiatria infantil busca, cada vez mais, se estabelecer como especialidade médica independente, encontrando na concepção psiquiátrica americana a sua principal referência. O autor mostra a difusão da defesa das neurociências e da divulgação dos manuais classificatórios (DSM-IV e CID-10), a fim de respaldar a psiquiatria infantil como disciplina.

Em decorrência disso, hoje se presencia o que Cirino denomina de uma “clínica da medicação”, na qual se concede espaço apenas para as teorias comportamentais e cognitivas, excluindo-se a psicanálise. Nesse contexto, observa-se ainda que o profissional de saúde, em vez de acolher o sujeito, muitas vezes, está interessado apenas na patologia e nos sintomas, isto é, recebe o indivíduo para realizar um tratamento sintomatológico que visa à normalização.

Tendo como base esse panorama, as questões a cerca das classificações psiquiátricas na clínica com crianças se fazem urgente de serem questionadas e modificadas, pois abordagens reducionistas e organicistas – nas quais diagnósticos implicam prognósticos, muitas vezes fechados e pessimistas – acabam fazendo uma predição do futuro da criança e dos pais, correndo o risco de paralisar a criança em rótulos. Assim, o que se observa na prática clínica é que, muitas vezes, em vez da avaliação diagnóstica abrir o caminho para um processo terapêutico, ela acaba fazendo fechamentos e conclusões.

Diante disso, em vez de escrever sobre autismo e psicose infantil – diagnósticos recebidos nos casos descritos neste estudo – privilegia-se a escrita e a reflexão sobre o sofrimento das crianças. Com essa postura, tenta-se libertar a criança dos rótulos e das predições negativas que as classificações psicopatológicas carregam, e, ao mesmo tempo, libertar os profissionais de saúde que, aprisionados nos conhecimentos teóricos, deixam de enxergar a criança e passam a dialogar com a doença. Procura-se assim resgatar a capacidade de estar em contato com a criança e de se surpreender, resgatando o encontro criativo entre a criança e o analista, encontro esse para além da patologia.

A UTILIZAÇÃO DO TERMO SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

Caminhando nesse sentido, neste trabalho, em vez de utilizar os termos loucura, psicose, esquizofrenia e autismo, utiliza-se o termo “sofrimento psíquico grave”. Sua utilização é feita de acordo com a proposta de Costa (2003), na qual *sofrimento psíquico* se refere ao sofrimento “do qual se é impossível falar, definir, delimitar com conceitos simples” (p.30) e *grave* se refere ao que “não é da ‘ordem do comum’, do ‘simples’, do ‘normal’, beirando a ordem do ‘inadministrável’.” (p.31). Com a utilização do termo, o autor se refere a toda manifestação aguda de sofrimento humano, seja pela linguagem ou pelo comportamento. Costa utiliza essa expressão, em vez dos termos loucura, psicose, esquizofrenia porque acredita que primeiro “tais termos, por si sós, já esgotaram suas potencialidades explicativas, e segundo porque passaram a gerar imprecisões e confusões cada vez maiores.” (p. 22).

Nesta dissertação, a utilização de alguns termos como loucura, doença mental, psicose, autismo, esquizofrenia são grafados de duas formas: 1) com aspas, quando utilizados pela autora nos seus próprios escritos para marcar a discordância e/ou o incômodo com a utilização dos termos e, ainda, a impossibilidade de se referir aos fenômenos de outra forma e 2) sem aspas, quando utilizados de forma genérica como são correntemente utilizados ou nas citações de textos de outros autores, conservando assim o texto original.

O uso do termo sofrimento psíquico grave é uma tentativa de ampliar as reflexões sobre o patológico, alargando a noção de “doença mental” enquanto sintoma e introduzindo questões essenciais para se compreender o sujeito, levando em conta toda sua complexidade. O que se propõe, com o uso do termo, é um re-pensar da clínica com

sujeitos em sofrimento psíquico grave. Não se trata de responder, mas de questionar o rótulo de “doente mental” e em especial os rótulos de “psicótica” e “autista” recebidos pelas crianças descritas nesta dissertação. Por meio desse questionamento, espera-se encontrar outra via que permita abordar de forma diferente o sofrimento do sujeito.

Procura-se compreender o sofrimento, e não apenas a patologia ou os sintomas, e com isso tenta-se respeitar o sofrimento, o funcionamento e a constituição do sujeito, esteja ele dentro do campo da “normalidade” ou da “patologia”. O foco, neste trabalho, é o acolhimento do sofrimento como constituinte da existência humana e como vivência subjetiva reveladora de sentidos.

Tenta-se também evitar o reducionismo da patologia, no qual a doença passa a ser o próprio eu e o sujeito se reconhece e se restringe na doença. E ainda procura-se tomar cuidado com as falas mecanicistas e psicopatológicas que reduzem o paciente ao seu adoecimento. Opta-se por utilizar essa expressão com o intuito de evitar o determinismo que vem das classificações das estruturas de base (neurose, psicose e perversão) e das classificações psiquiátricas e, ao mesmo tempo, privilegiar a questão do sofrimento do sujeito.

Nesta dissertação, também utilizam-se as idéias de Martins (2005) que, ao repensar a semiologia clínica diante do sujeito, coloca em questão toda uma tradição de entendimento das “doenças mentais” a partir de uma semiologia somente indicial. O autor ressalta que todas as síndromes “envolvem complexidade semiológica e exigem o conhecimento e o aprofundamento do sentido, da história e da apreciação da subjetividade. O estudo do exterior é fundamental, mas não é suficiente em clínica.” (p. 209). Com essa forma de pensamento, Martins chama atenção para os aspectos do particular e da história de cada sujeito, aspectos esses que são irredutíveis e

fundamentais para a compreensão do sofrimento psíquico, ressaltando ainda a importância do conhecimento adquirido a partir da própria experiência clínica com o sujeito.

Martins aponta também para a urgência de ultrapassar a forma de pensar os fenômenos tipo sintoma dentro de uma perspectiva puramente causal e de proporcionar o entendimento dos fenômenos como portadores de sentido e de história. Com isso, busca-se compreender um pouco mais sobre a constituição e a estruturação da subjetividade e passa-se a compreender o significado da experiência psicopatológica, considerando-se o sofrimento psíquico grave também como um esforço do sujeito em direção à saúde.

Por fim, a utilização da expressão sofrimento psíquico grave é ainda uma tentativa de escutar o sujeito para além da patologia, considerando o *pathos*, de acordo com Martins, “como uma disposição originária fundamental do sujeito que está na base do humano.” (p.36). O *pathos*, nessa grafia e nessa forma de pensar, remete a um questionamento maior que permite repensar a questão humana antes de qualquer cisão ou separação entre o “normal” e o “anormal”, o que traz possibilidades mais amplas que o sentido de doença.

Enfim, acredita-se que com a utilização dessa expressão e com essa noção de *pathos* consegue-se ir além do saber adquirido, fugindo do entendimento da *doença* para se entender o *sujeito*, compreendendo o sujeito na sua individualidade – entendendo individualidade, aqui, como uma forma de abordar toda singularidade e particularidade do sujeito. Com essa postura, tem-se a possibilidade de enxergar o paciente como um ser histórico (com passado, presente e futuro), social e cultural, o que ultrapassa as

categorias de classificação e possibilita enxergar o sujeito em suas necessidades fundamentais e existenciais.

ALGUMAS DIFICULDADES E PROBLEMAS DA UTILIZAÇÃO DE TERMOS PSIQUIÁTRICOS

Desde o início do estudo dos conceitos de autismo, de psicose e de esquizofrenia é possível notar uma diversidade de movimentos e de preocupações teóricas e técnicas. Teorias etiológicas, psicológicas, biológicas, relacionais têm-se dedicado em pesquisas, procurando compreender e avançar o estudo da psicopatologia.

Lebovici e Duché (1991), ao mostrar que esses conceitos são influenciados por esses diversos movimentos teóricos e técnicos, revelam que eles também têm sua importância e seu lugar na nosografia variando de acordo com escolas e com culturas. Além disso, são grandes as discussões e as divergências em relação à etiologia, ao prognóstico e à prática clínica.

Com relação à utilização dos termos autismo, psicose e esquizofrenia muitos autores ressaltam a dificuldade na delimitação nosográfica desses conceitos. Nesse ponto, faz-se necessária uma atenção redobrada, pois não se trata de desqualificar os manuais psiquiátricos, pelo contrário, muitos casos preenchem os critérios diagnósticos impostos a partir da experiência e do saber constituídos. Também não se trata de rejeitar a tarefa de diagnóstico, visto que ela é fundamental na prática clínica, onde a natureza do sofrimento psíquico determina modos distintos e específicos de trabalho clínico. Winnicott, por exemplo, ao enfatizar a importância essencial do diagnóstico como guia da ação terapêutica, afirma que “se fôssemos melhores em diagnósticos, pouparíamos a

nós mesmos e a nossos pacientes, um bocado de tempo e desespero.” (Winnicott, 1968b, p. 182).

Winnicott alerta ainda para o cuidado que a tarefa de diagnóstico exige, uma vez que o diagnóstico do paciente não apenas fica cada vez mais claro à medida que a análise prossegue como também se altera. Assim, “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”, o que aponta para a necessidade de uma elaboração contínua de diagnóstico durante o processo terapêutico e para mudanças em relação às demandas do sofrimento do sujeito e, conseqüentemente, no tipo de clínica realizada. (Winnicott, 1959-64, p. 121).

Essa dificuldade de delimitação e de enquadramento também está ligada à heterogeneidade das formas clínicas desses conceitos. Diante dessa heterogeneidade, Costa (2003) afirma que não existe *a psicose*, mas *as psicoses*, e Rocha (1997) prefere a utilização do termo *autismos* em vez de *autismo*, o que segundo Joel Birman seria “uma maneira delicada e pontual de poder se referir à singularidade inquietante de cada um dos autistas” e assim também de cada um dos “psicóticos”. (Birman, in Rocha org, 1997, p. 11).

Pode-se exemplificar essa dificuldade de classificação e de enquadramento dos diagnósticos por meio do conceito de autismo e do caso Dick descrito por Melanie Klein em 1930 – caso clássico na psicanálise com crianças em sofrimento psíquico grave. O caso Dick havia sido diagnosticado como uma demência precoce e encaminhado a Klein pelo Dr. Forsyth. Esse diagnóstico fora estabelecido pelo fato de Dick apresentar sintomas típicos da doença. Nas palavras de Klein:

(...) ele se caracterizava por ausência quase total de afeto e ansiedade, considerável afastamento da realidade, inacessibilidade, falta de ligações emotivas, comportamento negativo em alternância com sinais de obediência automática, indiferença à dor, repetição - sintomas típicos da demência precoce. Além disso, o diagnóstico também é confirmado pelo fato de se poder excluir a presença de qualquer doença orgânica, primeiro porque o exame do Dr. Forsyth não revelou nenhuma e, segundo, porque o caso pôde ser influenciado pelo tratamento psicológico. (Klein, 1930, p. 261).

Contudo, o caso Dick não se enquadra completamente na classificação psiquiátrica de esquizofrenia descrita por Bleuler (1911) em oposição à utilização do conceito de demência precoce dominante na época. De acordo com Klein “contra o diagnóstico de demência precoce havia o fato de a principal característica do caso de Dick ser a inibição do desenvolvimento e não a regressão.” (Klein, 1930, p. 262).

Além disso, no quadro clínico da esquizofrenia tem-se isolamento da realidade na presença de pensamentos fantasiosos, enquanto que Dick apresenta esse isolamento na ausência de vida fantasiosa. Klein então conclui que o caso poderia ser classificado como esquizofrenia desde que se ampliasse esse conceito, já que o isolamento de Dick é distinto de uma criança “esquizofrênica”, principalmente pela ausência marcante de pensamentos fantasiosos e pela incapacidade de simbolizar.

Depois da década de 40, o caso Dick é classificado por outros autores como autismo. No entanto, essa classificação também é fonte de críticas, porque o termo autismo – empregado originalmente por Bleuler em 1911 para descrever os pensamentos fantasiosos dos pacientes diagnosticados como “esquizofrênicos” – deixa de ser um sintoma secundário das esquizofrenias e passa a ser sintoma primordial de uma nova síndrome, denominada por Kanner em 1943 de “autismo infantil precoce”. Ou seja, o autismo enquanto síndrome é aplicado a crianças que apresentam afastamento da realidade não acompanhado de um enstimesmamento fantasioso.

Percebe-se então que o termo autismo, antes utilizado para designar os pensamentos fantasiosos dos “esquizofrênicos”, passa a ser utilizado na classificação de crianças que não apresentam pensamentos fantasiosos, o que leva Tafuri a enunciar um paradoxo: “como denominar uma criança autista se ela não apresenta pensamentos fantasiosos?” (Tafuri, 2003, p. 13).

Além disso, Fédida (1991), Berlinck (1999) e Tafuri (2003), ao realizarem um estudo crítico sobre a utilização do termo autismo, mostram que Bleuler – ao criar o termo autismo pela subtração do *eros* da expressão auto(ero)tismo com o intuito de descrever o mundo interno do esquizofrênico – restringe o uso da palavra autismo apenas no campo da patologia. Essa mudança teve conseqüências e influências negativas no desenvolvimento dos pensamentos posteriores a respeito do autismo. Tafuri revela que, a partir da década de 1940, o autismo “passou a ser signo de um déficit cerebral inato, biologicamente determinado, que incapacitaria o indivíduo a estabelecer relações normais com as pessoas e situações do mundo externo, desde o nascimento.” (Tafuri, 2003, p.12).

Como conseqüência, o autismo vem sendo descrito e abordado de forma negativa e como sinônimo de patológico. As crianças “autistas” são definidas como sem linguagem, que não fazem contato com as pessoas ou com a realidade externa, que não demonstram sentimentos ou que não respondem. Cabe ressaltar que essa conotação negativa, de déficit e de patológico, não é verificada apenas na utilização do termo autismo. Observa-se que ela vem colada na utilização dos termos psicose e esquizofrenia, e também em outras classificações psiquiátricas.

Fédida (1991) chama atenção para as concepções e para as discussões acerca da etiologia do autismo que carregam explicações de conteúdos ideológicos. Segundo o

autor, essas são explicações que apresentam limites, ficando presas em etiologias genéticas ou neurobiológicas e não dialogando com intervenções de outras naturezas como a psicológica ou a psicanalítica. Além disso, nessas concepções tem-se o perigo de adotar, como única alternativa de tratamento, o medicamentoso.

Por outro lado, no contexto psicanalítico, passa-se a articular o sofrimento psíquico grave com os estudos sobre a constituição psíquica, caminhando para além da concepção negativista, geneticista e patológica e gerando contribuições ao estudo do sofrimento psíquico grave e ao estudo da constituição psíquica do sujeito.

ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE AO ESTUDO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

Somos de fato muito pobres se formos apenas sãos
(Winnicott, 1945, p.225)

Winnicott (1959-64), ao escrever sobre a contribuição da psicanálise à classificação psiquiátrica, mostra três aspectos importantes de Freud, no que diz respeito ao sofrimento psíquico: 1) a relação do sujeito com a realidade; 2) a formação de sintomas; e 3) a etiologia que exigia do clínico uma atenção com relação à história do paciente.

Além desses três aspectos, acredita-se que a grande contribuição de Freud e de outros psicanalistas como Melanie Klein e Winnicott à compreensão do sofrimento psíquico do sujeito é mostrar que formas de funcionamento psíquico, antes restritos ao campo da patologia, fazem parte do desenvolvimento e do processo de estruturação e de constituição do sujeito.

Melanie Klein, por exemplo, ao estudar os estágios mais iniciais do desenvolvimento, revela uma nova forma de compreender o patológico. A autora aponta para a necessidade de pensar o patológico como um fenômeno mais generalizado e comum do que até então se supunha. Ela chega “à conclusão de que é preciso expandir o conceito de esquizofrenia em particular e de psicose em geral, no que diz respeito à sua ocorrência na infância.” (Klein, 1930b, p. 268).

Caminhando nesse sentido, Klein desenvolve os conceitos de posições esquizo-paranóide e depressiva. A teoria do desenvolvimento mental desenvolvida por essa autora é pensada em termos desses dois modos básicos de funcionamento psíquico que se organizam e se alternam ao longo da vida.

A posição esquizo-paranóide é a que interessa aqui ressaltar, visto que ela se refere a um período no desenvolvimento de uma criança caracterizado por mecanismos e por ansiedades arcaicas de natureza paranóide e esquizóide. Nessa posição, a ansiedade predominante é a persecutória (paranóide) e o estado predominante do ego é fragmentado e cindido (esquizo). Para Klein, as “ansiedades, mecanismos e defesas do ego, de tipo psicótico, da infância, têm influência profunda sobre todos os aspectos do desenvolvimento, inclusive sobre o desenvolvimento do ego, do superego e das relações de objeto.” (Klein, 1946, p. 21).

Com o conceito de posição esquizo-paranóide, Klein evidencia o dinamismo existente no funcionamento psíquico e fornece contribuições para pensar aspectos, anteriormente vistos no campo da patologia como fazendo parte do desenvolvimento e do processo de estruturação e de constituição do sujeito. Em outras palavras, mecanismos, defesas e relações de objeto que constituem a base de um sofrimento psíquico grave fazem parte, ao mesmo tempo, do desenvolvimento psíquico do sujeito.

Bion (1957), expandindo as postulações de Klein, concebe que todo indivíduo conserva em sua mente a coexistência recíproca, e em permanente interação, entre o que ele denomina “parte psicótica da personalidade” com outra parte, a “não psicótica (ou neurótica) da personalidade”. Dentre os elementos psíquicos que compõem essa “parte psicótica” têm-se a existência de fortes pulsões agressivo-destrutivas, com predomínio da inveja e voracidade; um baixíssimo limiar de tolerância às frustrações; relações predominantemente de natureza sadomasoquista; uso excessivo de *splittings* e de identificações projetivas, por exemplo.

Winnicott, tendo como base essas concepções, afirma que essas formulações envolvem não apenas “a idéia de uma fase de loucura no desenvolvimento infantil, mas apesar disso, deve-se deixar aberta a porta para a formulação de uma teoria em que uma certa experiência de loucura, seja o que for que isso possa significar, é universal.” (Winnicott, 1965, p. 96). Sendo universais, essas experiências fazem parte do desenvolvimento do sujeito.

Winnicott, a partir de sua experiência clínica com bebês e com pacientes em sofrimento psíquico grave, constata que, nos estágios iniciais do processo maturacional, verificam-se os mesmos fenômenos que aparecem nas várias formas de “esquizofrenias”, podendo-se equiparar bebês e “psicóticos”, no que se refere à falta de constituição de si mesmo, ao estado de “não-integração” e à ausência de contato com a realidade externa. Nos bebês isso é devido à sua imaturidade, e nos pacientes em sofrimento psíquico grave, a uma falha ambiental precoce no desenvolvimento emocional. Contudo, pode-se observar “a gradação natural entre as fraquezas comuns da natureza humana e a doença psicótica. Essas doenças psicóticas representam não mais

que um exagero aqui e ali, e não implicam numa diferença essencial entre a sanidade e a insanidade.” (Winnicott, 1952, p. 311).

Winnicott, ao descrever sobre o que acredita ser a essência da loucura, afirma que “a loucura se relaciona com a vida comum. Na loucura encontramos, ao invés de repressão, os processos do estabelecimento da personalidade e da autodiferenciação ao *contrário*.” (Winnicott, 1963c, p. 198, grifo meu). Com essa afirmação, o autor revela que, no sofrimento psíquico grave, os processos maturacionais como integração, personalização e realização (relações objetais) estão invertidos, tendo-se desintegração, despersonalização, desrealização e perda de contato com a realidade, ou seja, características relativas ao sofrimento psíquico são vistas, por Winnicott, como o contrário do desenvolvimento emocional primitivo.

Ao estudar os textos de Winnicott, percebe-se que a classificação winnicottiana dos chamados “distúrbios mentais” segue um critério maturacional e não sintomatológico, o que abre portas para se pensar o sofrimento psíquico grave de forma mais ampla, possibilitando novas reflexões, reflexões estas que levam em consideração o desenvolvimento psíquico, o desenvolvimento emocional e o ambiente do indivíduo.

Winnicott (1938-63-66), por exemplo, em *Três Revisões de Livros sobre Autismo*, ressalta a importância de primeiro estar preocupado com o desenvolvimento emocional do indivíduo e com os desvios do normal nesse desenvolvimento, em seguida com os fatores quantitativos que necessitam um diagnóstico e, por último, com a anormalidade física que, segundo ele, em certos casos, está por trás do transtorno do desenvolvimento emocional.

Winnicott explica que o rótulo de autismo fornece uma falsa trilha na qual se pode colocar casos de autismo convenientemente em um grupo com uma fronteira

artificialmente clara. Artificialmente porque não existe uma fronteira definida, visto que “qualquer um dos muitos elementos descritivos pode ser examinado separadamente e pode ser encontrado em crianças que não são autistas, e mesmo em crianças que são chamadas de normais e sadias.” (Winnicott, 1967a, p. 194).

Winnicott chega a afirmar que o autismo não é uma doença e, sim, um problema de desenvolvimento emocional, e que para termos de classificação seria melhor descrito como “esquizofrenia da infância inicial ou da infância posterior”. Porém, o autor prossegue afirmando que “quando estamos examinando concretamente o problema, podemos atirar a classificação aos quatro ventos, e observar casos, e examinar detalhes sob o microscópico, por assim dizer.” (Winnicott, 1966, p. 181).

Acredita-se que o grande diferencial de Winnicott, especificamente, é pensar o sofrimento psíquico sem obrigatoriamente pensar em déficit ou procurar transformar o sofrimento em uma entidade psicopatológica. Com essa forma de pensamento, passa-se a valorizar o desenvolvimento emocional humano e o relacionamento do processo maturacional do indivíduo com a provisão ambiental que pode ou não facilitar esse processo.

Winnicott, ao relacionar etiologicamente o sofrimento psíquico à falha ambiental, isto é, a uma falha em facilitar o processo de maturação, estabelece um elo entre o sofrimento psíquico e os estágios do desenvolvimento emocional do indivíduo, contribuindo para a compreensão teórica e para o acolhimento clínico de pacientes em sofrimento psíquico grave. Em sua concepção, saúde é maturidade emocional, maturidade de acordo com a idade. Para ele, “os distúrbios mentais não são doenças; são conciliações entre a imaturidade do indivíduo e reações sociais reais, tanto apoiadoras como retaliadoras.” (Winnicott, 1963c, p. 200).

Nesse sentido, Winnicott revela que o quadro clínico do sujeito em sofrimento varia de acordo com a atitude ambiental, chegando a questionar se “a esquizofrenia pode ser o estado normal de um indivíduo em crescimento ou que cresceu em um meio ambiente dominado por pessoas com traços esquizofrênicos.” (Winnicott, 1965, p. 97). Assim, o sofrimento psíquico passa a ser entendido também como uma forma de se desenvolver e de se adaptar ao próprio ambiente. O autor explica que “às vezes pode ser mais normal para uma criança estar doente do que estar bem.” (Winnicott, 1931, p.58). Com isso, Winnicott chama atenção, inclusive, para a normalidade que tantos sintomas têm na infância, apontando para o fato de que alguns sintomas, em algumas crianças que vivem em determinado contexto, estão muito mais dentro do campo do comportamento dito normal do que do campo patológico.

Winnicott ressalta assim a importância de levar em consideração tanto o processo de desenvolvimento do sujeito quanto o ambiente no qual o sujeito está inserido. Para ele, “normalidade significa tanto saúde do indivíduo como da sociedade, e a maturidade completa do indivíduo não é possível no ambiente social imaturo ou doente.” (Winnicott, 1963b, p. 80). Assim, na análise do sofrimento humano é fundamental levar em consideração vários fatores, entre eles a hereditariedade, o ambiente e o sujeito. Nas palavras de Winnicott, “em um extremo há a hereditariedade; no outro extremo há o ambiente que apóia ou falha e traumatiza; e no meio está o indivíduo vivendo, se defendendo e crescendo.” (Winnicott, 1959-64, p. 125). Com essa afirmação, o autor também chama atenção para a capacidade do indivíduo de participar na criação, na modificação ou na manutenção do ambiente, ressaltando a capacidade do próprio sujeito de se curar, de se desenvolver e de amadurecer apesar de uma falha ambiental.

Além das idéias de Klein, de Bion e de Winnicott, outros autores como Margaret Mahler e Frances Tustin, ao descreverem etapas do desenvolvimento infantil, chegam, em um momento de suas obras, a colocar o autismo no campo da “normalidade”. Nessa fase de seus escritos, o autismo poderia ser visto como um estágio normal e provisório do desenvolvimento. Mahler (1979), ao distinguir duas fases no estágio do narcisismo primário descrito por Freud em 1914, denomina o primeiro momento como sendo de um “autismo normal” e Tustin (1972) descreve o estado de “autismo primário” em vez de utilizar o conceito de narcisismo primário de Freud.

Na década de 1980, Thomas Ogden – influenciado pelas idéias de Klein, Winnicott, Bion e Tustin – afirma que existe uma organização psicológica mais primitiva do que a “posição esquizo-paranóide” descrita por Melanie Klein em 1946. O autor denomina essa posição de “autista-contígua”, que é uma forma pré-simbólica, “associada ao modo mais primitivo de atribuir significado à experiência. É uma organização psicológica na qual a experiência do *self* está baseada na ordenação da experiência sensorial.” (Ogden, 1994, p. 135).

Na “posição autista-contígua”, a agonia predominante é a de colapso da sensação de demarcação sensorial, sobre a qual estão baseados os rudimentos da experiência de um *self* coeso. A experiência com objetos é sob a forma de “relação” com objetos autísticos, sendo que “o uso de formas e objetos autísticos não é de modo algum um fenômeno exclusivamente associado a uma doença psicológica grave. A relação com formas autísticas constitui uma parte do desenvolvimento normal do bebê, da criança e do adulto.” (idem, p. 170).

Para Ogden, existem três estados básicos de ser que constituem o contexto de toda experiência humana: o autista-contíguo, o esquizo-paranóide e o depressivo. “Cada modo gera um estado vivencial caracterizado por suas próprias formas distintas de angústia, tipos de defesa, graus de subjetividade, formas de relação de objeto, tipos de processos de internalização, etc.” (idem, p. 135). Nesse contexto, o termo autismo é utilizado por Ogden “para fazer referência a características específicas de um modo universal de gerar experiências e não a uma forma severa de psicopatologia infantil ou suas seqüelas.” (idem, p. 169).

Características autísticas podem ser vistas também como algo que, segundo Fédida, “atravessa a nosografia e diz respeito sobretudo as patologia não-psicóticas nas quais se verifica o esquema que revela configurações autísticas.” (Fédida, 1991, p. 168).

Percebe-se então que experiências autísticas, psicóticas ou esquizofrênicas fazem parte do desenvolvimento do sujeito e são também fenômenos universais no processo de constituição e de estruturação do ser humano.

Nesta dissertação, seguem-se as idéias discutidas de Klein, Bion, Mahler, Tustin, Ogden, Fédida e, principalmente de Winnicott. O importante aqui é a teoria do desenvolvimento emocional que conduz à saúde do indivíduo e que se refere ao positivo do qual a esquizofrenia, a psicose ou o autismo é o negativo. Ao pensar dessa forma, dá-se menos ênfase à doença ou à patologia do sujeito e passa-se a escutar o sofrimento psíquico do sujeito. Constrói-se assim uma outra forma de pensar a patologia e o sofrimento humano, utilizando-os como uma forma de compreender o processo e o sofrimento do sujeito e não apenas para fechar diagnósticos, levando em conta a história e as capacidades psíquicas do indivíduo. Além disso, reincorpora-se o sofrimento à

subjetividade humana e evidencia-se a tênue linha que até então separa o “normal” e o “patológico”.

Diante do exposto, observa-se a importância do clínico acolher o sujeito em toda a sua complexidade, respeitando as particularidades em relação aos quadros psicopatológicos e as singularidades das experiências clínicas, em vez de receber o sujeito para se tratar, para realizar um tratamento de sintomas ou da patologia. Com essa postura, o analista abre espaço para que a experiência clínica seja fundada no acolhimento, na espontaneidade e na criatividade. Ao acolher o sujeito, passa a conhecê-lo para além da doença, a estar em contato com o sujeito e não com a sua doença, e a considerar a forma do sujeito de ser. Observa-se que essa forma de ser não se vincula somente à psicopatologia em si, mas, sobretudo, à constituição psíquica. Procura-se assim acolher o sujeito com o olhar da diversidade, da pluralidade e da complexidade que constituem o ser humano, sem perder de vista a singularidade que caracteriza a própria condição humana. Assim, renuncia-se a certeza e a pretensão de um saber absoluto e se privilegia a escuta singular.

Nesta dissertação, a ênfase não está no “normal” ou “anormal”, mas nas singularidades. Essa escuta singular foi construída por meio de um percurso acadêmico, pessoal e clínico, visto que a minha concepção de “doença mental” foi fortemente abalada pelo que se revelou às reflexões como fator específico da experiência subjetiva frente ao agir dos sujeitos em sofrimento psíquico grave. Contenta-se aqui com as contribuições extraídas do estudo teórico sobre o tema e da experiência clínica que forjou e induziu as presentes formulações.

CAPÍTULO 02 – A TRANSFERÊNCIA E A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

A TRANSFERÊNCIA COMO UM CONCEITO PSICANALÍTICO

O termo transferência (*übertragung*) aparece nos textos de Freud pela primeira vez no artigo sobre *Histeria* (1888), depois nos *Estudos sobre a Histeria* (1905) e é empregado posteriormente na *Interpretação dos Sonhos* (1900). Nesses textos, a transferência aparece como uma “falsa ligação”, como um conceito periférico e como uma interferência no processo de análise.

Ao iniciar um trabalho sobre transferência, observa-se que é possível realizar um estudo sobre a história da palavra transferência na obra de Freud, além de um estudo etimológico da palavra. No entanto, aqui se está interessado na definição, no conceito e nas características da transferência como conceito fundamental da clínica psicanalítica.

Dito isso, este estudo se inicia pela compreensão do conceito de transferência a partir do texto de Freud, *Fragmento da Análise de um Caso de Histeria* (1905 [1901]), em que a transferência é definida como conceito nuclear e constitutivo da teoria e da clínica psicanalítica. Nesse texto de Freud, o termo transferência é introduzido conceitualmente, passa a ocupar um lugar estratégico e a referir-se a um fenômeno fundamental do processo de análise, sendo definido como:

(...) reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se consciente, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda série de experiências psíquicas prévia é revivida, não como algo do passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico. (Freud, 1905[1901], p. 111).

Nessa passagem, percebe-se que a transferência surge como fenômeno de resistência ao processo de cura e é tratada como os sintomas. As “históricas”, em vez de lembrar as fantasias de sedução, realizam uma transferência amorosa com o analista. No entanto, observa-se que Freud já possuía uma idéia clara do conceito de transferência, de sua origem e de sua importância no processo de análise.

Em seguida, têm-se os textos técnicos no quais Freud escreve sobre a transferência, tais como *A Dinâmica da Transferência* (1912); *Recordar, repetir e Elaborar* (1914); *Observação sobre o Amor Transferencial* (1915[1914]); e *Conferência XXVII: Transferência* (1917 [1916]). Depois desses textos, Freud trata a transferência como tema secundário dentro de outros temas e, em alguns textos, apesar de escrever sobre a transferência, ele não altera as formulações anteriores.

Em *A Dinâmica da Transferência*, Freud (1912) trata do aspecto teórico do fenômeno da transferência. Esse texto é o primeiro esforço de Freud no sentido de uma explicação sistemática do conceito. Nele, Freud realiza uma amarração de tudo o que já fora formulado sobre a transferência. Lagache (1980), em seu livro clássico *A transferência*, afirma que esse texto de Freud traz uma concepção “dinâmica” que subordina a transferência ao princípio de prazer-desprazer.

Nesse texto, Freud define transferência positiva e negativa. Ele mostra que a transferência “pode variar entre os extremos de amor apaixonado, inteiramente sexual, e a expressão infrene de desafio e ódio exacerbados.” (Freud, 1925 [1924], p. 46-47). A transferência positiva é composta de sentimentos amigáveis e afetuosos que podem ser admitidos na consciência do paciente e que impulsionam o tratamento. A transferência negativa, composta de sentimentos hostis, ou a positiva, de impulsos eróticos, são

consideradas instrumentos da resistência. Quando a transferência é totalmente negativa, não há possibilidade de influenciar o paciente por meios psicológicos.

Freud afirma que na presença das ansiedades de castração – ansiedades relacionadas ao complexo de Édipo – pode-se estabelecer uma neurose de transferência, mas que na presença de ansiedades relacionadas a neuroses narcisistas ou psicóticas ela não pode ser desenvolvida, ou seja, diante dessas ansiedades, a psicanálise, em sua forma clássica, é ineficaz. Nas palavras de Freud: “aqueles que sofrem de neuroses narcísicas, não tem capacidade para a transferência ou apenas possuem traços insuficientes da mesma. (...) Não manifestam transferência, e, por essa razão, são inacessíveis aos nossos esforços e não podem ser curados por nós.” (Freud, 1917 [1916], p. 447-448).

Em um momento posterior de sua obra, Freud (1925 [1924]) afirma que a transferência se estabelece nesses casos, mas ela é completamente negativa, nas quais não há qualquer possibilidade de influenciar o paciente por meios psicológicos. Até o final de sua obra, Freud não acredita na possibilidade de “nenhum sucesso terapêutico” no trabalho psicanalítico com pacientes em sofrimento psíquico grave.

Para Freud, a transferência é “transformada de arma mais forte da resistência em melhor instrumento do tratamento analítico” (Freud, 1925 [1924], p. 47), mostrando ao paciente que “seus sentimentos não se originam da situação atual e não se aplicam à pessoa do médico, mas sim que eles estão repetindo algo que lhe aconteceu anteriormente.” (Freud, 1917 [1916], p. 444-445). Assim, a transferência que, amorosa ou hostil, constituía a maior ameaça ao tratamento torna-se seu melhor instrumento. Cabe ressaltar que apesar da transferência ser definida como arma mais forte da

resistência, as resistências não são todas transferenciais e a transferência também não é só resistência.

Em *Recordar, repetir e elaborar*, Freud (1914) marca uma reviravolta em suas construções. Ele introduz o conceito de compulsão à repetição, redefine os lugares do recordar, da repetição e da elaboração no tratamento e traz uma ampliação à noção de transferência, que culmina com a formulação do conceito de neurose de transferência.

Nesse texto, Freud também expõe a existência da relação entre transferência, resistência e repetição. Ele afirma que a “transferência é, ela própria, apenas um fragmento da repetição e que a repetição é uma transferência do passado esquecido” (p. 166); e, ainda, que “o paciente não *recorda* coisa alguma do que esqueceu ou recalçou, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (*acts it out*). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o sem, naturalmente, saber que o está repetindo.” (p. 165). Portanto, quanto maior a resistência, maior a repetição. Assim, tem-se que o “paciente repete ao invés de recordar e repete sob as condições da resistência.” (p.167).

Freud (1920), em *Para além do princípio do prazer*, passa a associar a transferência à compulsão à repetição e, com isso, a transferência é relacionada ao caráter repetitivo das manifestações conflitivas. Em *Recordar, repetir e elaborar*, Freud já havia demonstrado que o paciente atua o seu passado ao invés de relembrar, afirmando que “o instrumento principal para reprimir a compulsão do paciente à repetição e transformá-la num motivo para recordar reside no manejo da transferência.” (Freud, 1914, p. 169). Com o manejo, “o paciente abandona-se à sua compulsão à repetição, que substitui *agora* o impulso para recordar.” (idem, grifo do autor).

É interessante ressaltar que o processo psicanalítico possui três tempos fundamentais: 1) o período inicial no qual o analista espera o estabelecimento da

neurose de transferência, 2) o período da neurose de transferência e 3) o período de dissolução da neurose de transferência. Com o estabelecimento da neurose de transferência, a neurose do paciente se centraliza na figura do analista e a própria atitude do paciente em relação à sua doença é modificada, pois é induzida certa tolerância em relação à própria doença e o paciente passa a apresentar uma “doença artificial”. Ou seja, o paciente substitui sua neurose pela neurose de transferência a partir da qual pode ser curado pelo trabalho de análise. Nas palavras de Freud:

A transferência cria, assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para a 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 de 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 de caminhos familiares até o despertar das lembranças, que aparecem sem dificuldade, por assim dizer, após a resistência ter sido superada. (Freud, 1914, p. 170).

No momento em que é criada a neurose de transferência, inicia-se para Freud o trabalho de análise propriamente dito. Diante da neurose – que tem uma etiologia sexual e nada mais é do que a perda da memória do desejo infantil – e do paciente – que não consegue recordar que aquilo que está vivendo com o analista está associado a outros objetos – o trabalho de análise consiste em superar a repetição por meio da recordação. Na análise, a repetição é remetida ao passado e o paciente recorda seu desejo, o que leva a dissolução da neurose de transferência e o indivíduo tem a possibilidade de enxergar o seu analista como pessoa comum e não como réplica dos pais.

Percebe-se então que, apesar da transferência não ser criada pela psicanálise e, sim, evidenciada, o processo de análise fornece um novo significado transferencial e

substituiu a neurose comum pela neurose de transferência. Chega-se assim a uma importante formulação de Freud a respeito da transferência, isso porque a noção de neurose de transferência introduz uma interessante concepção do que seja o espaço analítico que é da ordem do espaço transicional, “entre a doença e a vida real”, no qual a transferência “cria uma região intermediária” por meio da qual é possível a transição. (Tachinard, 1993).

Diante do exposto, verifica-se que inicialmente a transferência é vista por Freud como resistência e assim é um obstáculo ao tratamento. O analisando – ao invés de recordar e de elaborar suas lembranças e suas fantasias no nível verbal – atuava, isto é, transformava essas lembranças e fantasias em ação. A transferência é concebida então como “uma perturbação associativa, que impede o acesso das lembranças recalçadas”, é uma “falsa conexão”, uma “aliança desigual”. (Lagache, 1980, p. 14).

Em seguida, com a descoberta do complexo de Édipo, Freud passa a considerar a transferência como uma forma de reviver, na análise, as relações com as figuras parentais e os conflitos psíquicos. Com o conflito edípico, Freud compreende que a transferência está ligada às imagens parentais, isto é, o paciente transfere para a pessoa do analista os conteúdos do complexo de Édipo. Isso leva Freud a conceber a transferência não apenas como um deslocamento de afeto circunstancial, mas como deslocamento de conteúdos inconscientes das relações parentais. A transferência adquire, a partir dos protótipos infantis, a concepção de fator estruturante do processo de análise.

Torna-se então importante o paciente recuperar a memória como experiência. Freud passa a destacar a importância de o paciente transferir seus sentimentos, suas emoções, seus anseios, suas expectativas para o analista como uma forma do paciente

também estar experimentando e vivendo sua história com o analista. Assim, apesar do repetir, em vez do recordar, ser entendido como resistência, observa-se que a memória infantil só pode ser lembrada e comparecer na análise sob a forma de atuação.

Nesse sentido, Figueiredo (2003) afirma que mais importante que as recordações e as narrativas acerca do passado são as reedições, “o que se repete na relação com o analista e se apresenta como objeto vivo e atual de análise e de elaboração.” (p. 133).

Ao analisar as obras de Freud, percebe-se que o conceito de transferência não é construído de forma linear e imediata. Ele é elaborado, aumenta progressivamente de importância e torna-se complexo. A transferência é vista desde uma “falsa conexão” e como um problema a ser enfrentado até sua aceitação como fenômeno essencial na análise, no qual é vista como possibilidade de fazer analítico.

Cabe assinalar que Freud utiliza como base para a compreensão do processo psicanalítico o modelo onírico, que é aplicado na compreensão da sessão, dos sintomas e de qualquer tipo de manifestação psíquica. Esse modelo também é utilizado na concepção do *setting* como, por exemplo, no uso do divã e na noção do fenômeno transferencial.

Tendo como base o modelo onírico, observa-se que a própria noção de transferência aparece associada ao fenômeno do deslocamento: um afeto relacionado a uma representação se desloca – se transfere – para outra representação que não a original, o que vai se constituir como uma “falsa conexão”, na qual a carga afetiva ligada originalmente a uma pessoa do passado conecta-se à figura do analista.

Safra (2004b), ao analisar a transferência no trabalho de Freud, explica que ela, além de ser associada ao fenômeno do deslocamento, é compreendida no registro

temporal. A própria neurose em Freud é abordada como um passado atualizado e não reconhecido como passado. O paciente age como se ainda estivesse no passado. A transferência é então uma alteração da própria temporalidade da subjetividade, na qual o indivíduo não pode recordar ou encontrar a memória de sua infância. Assim, a transferência em Freud é compreendida tendo como referência o deslocamento temporal: passado e presente.

Com essa noção de transferência, o trabalho de análise consiste em recuperar a memória do desejo infantil por meio da interpretação da relação transferencial. A transferência é analisada tendo como base o papel estruturante do conflito edípico e da teoria da sexualidade em Freud, ou seja, interpreta-se a transferência tendo como referência a experiência edípica e a regressão aos pontos de fixação libidinal. (Loparic, 2006).

Safra (2007b), ao falar sobre a interpretação em Freud, revela que ela é uma interpretação histórica que procura desvelar a história do vivido e do recalcado pelo sujeito. Assim, a interpretação freudiana aborda fundamentalmente a dimensão do já vivido visando a uma resignificação de sentidos e de significados por meio da qual pode ocorrer uma reorganização psíquica.

Freud (1937b) afirma que o paciente fornece fragmentos da memória do desejo infantil em seus sonhos, suas associações livres e suas transferências, sendo que a relação transferencial “é especificamente calculada para favorecer o retorno dessas conexões emocionais. É dessa matéria-prima – se assim podemos descrevê-la – que temos de reunir aquilo que estamos à procura.” (p. 276). Assim, o trabalho de análise consiste no paciente recuperar a memória do desejo e, no analista, “completar aquilo

que foi esquecido a partir dos traços que (a fala do analisando) deixou atrás de si, ou, mais corretamente, *construí-lo*.” (idem, grifo do autor).

Freud compreende que o trabalho de construção ou de reconstrução do analista assemelha-se à escavação feita por um arqueólogo, na qual a reconstrução de um edifício é realizada a partir dos restos encontrados nos escombros. Porém, no trabalho de análise, a reconstrução é feita a partir dos fragmentos de lembranças, das associações e da relação transferencial.

Freud chama atenção que esse trabalho de construção constitui apenas um trabalho preliminar na análise: “o analista completa um fragmento da construção e comunica ao sujeito, de maneira que possa agir sobre ele; constrói então um outro fragmento a partir do novo material que sobre ele se derrama, lida com este da mesma maneira e prossegue, desse modo alternado, até o fim.” (p. 279). Sendo que “o caminho que parte da construção do analista deveria terminar na recordação do paciente” (p. 284), ou melhor, as construções realizadas na análise por analista e por analisando devem recuperar fragmentos de experiências perdidas.

É interessante pontuar a proposição de Freud (1937a), em *Análise terminável e interminável*, de que a análise é, de certa forma, interminável no sentido de que o inconsciente não tem fim. Diante dessa proposição, percebe-se que a própria construção é algo sempre incompleto e inacabado. Nesse sentido, existe sempre algo que escapa à construção, que fica de fora, que é impossível de apreensão e de reconstrução.

A noção de construção leva diretamente à questão do limite da interpretação e do que pode ser interpretável. A interpretação desvela sentidos que não se esgotam e que se fazem e se refazem a partir de diferentes referências clínicas. Ao sempre deixar

restos sem solução, a interpretação aponta para as possibilidades e os limites impostos à própria prática clínica psicanalítica, o que será discutido no quarto capítulo.

A TRANSFERÊNCIA E A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS

A primeira intenção de aplicar os conhecimentos psicanalíticos na vida de uma criança acontece com Freud (1909) ao analisar a fobia de um menino de cinco anos, o pequeno Hans. Ao interferir sobre o sofrimento de Hans, Freud proporciona os fundamentos teóricos para o surgimento de uma técnica psicanalítica com crianças, pois exemplifica a capacidade das crianças de compreenderem as interpretações verbais de suas falas, seus jogos, seus sonhos e suas fantasias, ou seja, ele verifica que a utilização de interpretações com crianças é tão eficaz quanto à utilizada com adultos.

Contudo, Freud não estava interessado na prática da psicanálise com crianças e, sim, em confirmar suas hipóteses sobre a sexualidade infantil. Em decorrência disso, a análise da fobia de Hans não é realizada por Freud, que o vê somente uma vez, e, sim, pelo pai de Hans. E o caso também não pôde servir de modelo técnico, uma vez que: a transferência não é analisada; não se sabia como conseguir associações livres das crianças; não se verifica quais as modificações a análise de crianças requeria e não se escuta da mãe da criança durante o processo.

Por outro lado, não se pode deixar de ressaltar as contribuições que o caso do pequeno Hans fornece a psicanálise, visto que ele confirma o ponto de vista de Freud sobre a sexualidade infantil, gera novos descobrimentos para a compreensão das fobias, evidencia o complexo de Édipo e proporciona os fundamentos teóricos para o surgimento da psicanálise com crianças.

Aberastury (1982), em seu trabalho intitulado *Psicanálise da criança*, mostra que uma das primeiras tentativas de conseguir associações livres das crianças deu-se com Hug-Hellmuth, que passa a brincar com as crianças no ambiente delas, introduzindo o jogo como uma modificação da associação livre, mas, infelizmente, essa autora não sistematiza sua técnica e sua obra é pouco difundida. Outra tentativa é a de Sophie Morgenstern, que estuda os contos, os sonhos, os jogos e os desenhos infantis e dá uma contribuição importante para a psicanálise de crianças ao substituir as associações livres dos adultos pelos desenhos das crianças, material fundamental na análise de crianças. Antes dos trabalhos de Anna Freud e Melanie Klein, Madelaine Rampert cria como técnica para a análise de crianças o jogo de marionetes de personagens típicos (mãe, pai, professoras, médicos) que permite evidenciar conflitos e situações difíceis de serem expressos pela fala.

Em seguida, tem-se o conflito teórico entre Anna Freud e Melanie Klein, autoras que realmente sistematizaram dois modelos de análise de crianças com diferenças fundamentais, principalmente na forma de abordar o fenômeno transferencial, o que as levam a fundar práticas clínicas distintas.

Anna Freud (1926), ao escrever sobre a técnica psicanalítica com crianças, mostra algumas das modificações, dos ajustamentos e das precauções que a análise de crianças requer. Primeiramente, a autora defende a necessidade de uma fase preliminar/preparatória à análise de crianças. Essa é uma fase pedagógica que induz a criança a “uma compreensão interna (*insight*) da perturbação, transmitindo confiança no analista e transformando a decisão de submeter-se à análise, de decisão alheia, tomada por outros, em decisão própria, autônoma.” (p.23). Cumprida essa fase, Anna Freud passa a utilizar as interpretações dos sonhos, de sonhos diurnos e de desenhos como

técnica de trabalho, mas faz restrições à utilização do jogo como uma forma de associação livre em crianças.

Com relação ao fenômeno transferencial na análise de crianças, Anna Freud procura ser fiel a Freud e compreende a transferência com base no fenômeno do deslocamento. Além disso, ela defende que na análise de crianças apenas a transferência positiva deve ser analisada. A transferência negativa precisa ser dissolvida o mais rápido possível e até mesmo por meios não-analíticos. Para essa autora, a transferência positiva é uma condição necessária à análise de crianças, e a negativa é indesejável, já que o trabalho produtivo de uma análise ocorre apenas na presença da transferência positiva.

Anna Freud (1926) acredita que, na análise de crianças, não se estabelece uma neurose de transferência devido às características da criança e às do analista de crianças. Para ela, a criança ainda está vivenciando, de uma forma presente, a relação com seus pais e não está preparada para produzir uma nova edição das suas relações amorosas já que a antiga edição não se encontra ainda esgotada, visto que os objetos originais – seus pais – ainda são reais e presentes como objetos de amor e não apenas como fantasia. Além disso, “não há qualquer necessidade para a criança de trocar os seus pais por ele (o analista), uma vez que, comparado a eles, não oferece nenhuma daquelas vantagens que encontra o adulto quanto pode trocar os seus objetos de fantasias por uma pessoa concreta.” (p. 60). E também, pelo fato do analista de crianças, diferente do de adultos, “pode ser tudo, menos uma sombra.” (p. 61).

Anna Freud, ao não analisar a transferência negativa, não analisa de forma profunda o complexo de Édipo. Freud, no caso do pequeno Hans, demonstra não apenas a presença efetiva e operatória do conflito edípico nas crianças como também as

conseqüências benéficas de sua análise. Contudo, a autora acredita que a análise de crianças não deveria ser levada “tão longe”. A referência à falta de análise do complexo de Édipo, nos casos expostos por Anna Freud, é uma das críticas ao seu trabalho.

Melanie Klein, por outro lado, desenvolve uma técnica de análise de crianças bem pequenas, adotando desde o início da análise uma atitude psicanalítica e evitando qualquer tipo de influência pedagógica no processo psicanalítico. Seu movimento também fica conhecido como o dos “analistas puros”, procurando estabelecer a situação analítica com meios puramente analíticos.

As principais diferenças de Klein em relação à Anna Freud decorrem do fato de Klein apontar: a incompatibilidade da tarefa analítica com a educativa; a necessidade de analisar a transferência positiva e negativa; a existência da neurose de transferência na análise de crianças; a necessidade de explorar o complexo de Édipo e a necessidade de se dirigir ao inconsciente da criança e não ao ego e ao consciente.

Klein mostra a impossibilidade de combinar na pessoa do analista o trabalho analítico e o educacional. Para ela, uma atividade cancela a outra, uma vez que, se o analista assume, mesmo que temporariamente, um papel de educador, ele está assumindo o papel de superego. Assim, se o analista de crianças quiser ser bem-sucedido “deve ter a mesma atitude inconsciente que esperamos do analista de adulto. Ele deve estar disposto a apenas analisar a mente de seus pacientes, ao invés de tentar moldá-las ou direcioná-las.” (Klein, 1927, p. 194).

Klein também acredita que as transferências são possíveis desde a tenra infância. Na perspectiva de Freud e Anna Freud, a criança só estabelece transferência com a figura do analista depois da resolução do complexo de Édipo, por volta dos cinco anos. No entanto, em seu trabalho com crianças, Klein mostra a possibilidade da

transferência na análise de crianças, por mais jovem que seja desde a primeira sessão de análise. A autora insiste que, do ponto de vista do inconsciente, as crianças não diferem dos adultos. Para ela, a existência do inconsciente é a única condição necessária e suficiente para que o analista empreenda a análise.

Na sua forma de trabalho, além de interpretar as brincadeiras e as comunicações verbais das crianças, Klein interpreta tanto as transferências positivas quanto as negativas. Para ela, a análise da transferência negativa “constitui uma pré-condição para analisar as camadas mais profundas da mente”, e a análise de ambas transferências, negativa e positiva, é “um princípio indispensável para o tratamento de todos os tipos de paciente, crianças e adultos igualmente”, sendo que uma transferência não pode ser analisada sem a outra. (Klein, 1952, p. 76). Assim, para Klein, só analisando ambas transferências é que se realiza um verdadeiro trabalho analítico, por meio do qual se estabelece, de fato, uma situação analítica na qual o manejo da transferência é o fundamento vital da psicanálise.

Com relação à neurose de transferência, Klein (1927) ressalta que ela ocorre na análise de crianças de forma análoga a que se desenvolve na dos adultos, desde que se preserve uma atitude e um ambiente psicanalíticos, isto é, se evite atitudes educacionais e se analise os impulsos negativos dirigidos ao analista.

Klein também chama atenção para o fato de que a análise da transferência negativa não prejudica o relacionamento da criança com os pais, como imaginava Anna Freud, pelo contrário, a análise dos sentimentos negativos ou hostis não apenas libera esses sentimentos como também os resolve em parte e fortalece os sentimentos positivos. E assim, “o resultado final é um relacionamento mais profundo e satisfatório

com aqueles à sua volta, e não um distanciamento no sentido de um desapego.” (Klein, 1927, p.192).

A interpretação da transferência negativa a partir do momento em que ela aparece, mesmo que na primeira sessão, é apontado como singularidade do estilo clínico de Melanie Klein, “dada a suposição teórica de que a recusa ou o recalque da destrutividade (...) estão na origem mais primitiva do adoecimento neurótico e psicótico.” (Cintra e Figueiredo, 2004, p. 179).

É interessante ressaltar que Klein tem uma forma muito específica de analisar a transferência e de fornecer interpretações à criança. Para ela, “assim que o pequeno paciente me dá um tanto de *insight* com relação aos seus complexos – seja através do seu brincar ou de seus desenhos ou fantasia, seja simplesmente pelo seu comportamento em geral – as interpretações podem ser iniciadas”, o que, para ela, não contradiz a regra de Freud de que devia se esperar o estabelecimento da transferência para se começar a interpretar, pois na visão dessa autora a criança estabelece a transferência com o analista de imediato. (Klein, 1924, p. 41). A autora chega, inclusive, a chamar atenção para alguns casos em que é necessário interpretar imediatamente, ao início de uma análise, como, por exemplo, no caso de uma transferência negativa. Nesse caso, ela afirma que se torna ainda “mais imperativo que a interpretação comece o mais cedo possível.” (idem).

Observa-se que Klein tem certa urgência de interpretar as transferências e os conteúdos inconscientes no momento em que são trazidos na análise e, para ela, em alguns casos a “interpretação imediata era o único meio de diminuir a ansiedade e pôr a análise em movimento.” (Klein, 1924, p. 46).

Além da urgência de interpretar, as interpretações de Klein são desprovidas de afeto e diretas. Para ela, essa forma de interpretar é de grande importância e ela se esforça “para colocar os conteúdos das fantasias inconscientes tão clara e distintamente quanto possível.” (Klein, 1924, p. 51).

São inúmeros os exemplos que Klein oferece para ilustrar sua forma de interpretar. No caso Peter, quando a criança olha para o balanço e diz: “olha, como balança e bate”, Klein retruca: “é assim que os negocinhos do papai e da mamãe se esfregam um no outro.” (Klein, 1924, p. 52). Ou, ainda, quando Ruth, brincando com a esponja diz: “Não, não é para ela ficar com a esponja grande, isso não é para crianças, é para adultos!”; Klein afirma: “Interpretei agora esse material em conexão com seu protesto a respeito da esponja grande, que representava o pênis do pai. Mostrei-lhe detalhe por detalhe como ela invejava e odiava a mãe por esta haver incorporado o pênis do pai durante o coito e como queria roubar o pênis dele e colocar as crianças que estavam dentro da mãe e matar a mãe.” (Klein, 1924, p. 48).

Outra inovação e contribuição de Klein que cabe ressaltar é o fato de demonstrar a eficácia da sua técnica do brincar e da interpretação desse brincar. Klein (1926) explica que o brincar e o jogo são expressões e representações simbólicas da vida interior das crianças, sendo comparável às associações livres dos adultos. Como as crianças não podem associar livremente, por meio da comunicação verbal, como os adultos fazem, ela desenvolve a técnica do brincar como uma substituição da fala em associação livre dos adultos, afirmando ainda que essa técnica utiliza e mantém os mesmos critérios, princípios e resultados do método psicanalítico proposto por Freud, empregando apenas técnicas adaptadas à criança. Assim, o brincar passa a ser utilizado como uma técnica de análise de crianças semelhante à associação livre dos adultos.

Klein, tendo como base a importância da ansiedade e do sentimento de culpa como motores principais da análise, e, ainda, a importância do conteúdo simbólico do jogo, desenvolve um circuito *ansiedade-interpretação-brincar-ansiedade* que é característico de seu movimento terapêutico.

Fendrik (1991) ilustra esse circuito, mostrando que, para Klein, a interpretação deve ser rapidamente formulada para aliviar a ansiedade e ter acesso ao inconsciente. Um dos principais efeitos da interpretação é o alívio da ansiedade e o aparecimento do brincar (conteúdo simbólico). A interpretação do brincar reinstaura a ansiedade. Assim, tem-se que a interpretação da ansiedade produz alívio, o alívio dá acesso à fantasia, cuja interpretação desperta novamente a ansiedade, com a qual se reinicia, mais uma vez, o circuito. Na ausência da interpretação, a ansiedade torna-se intolerável e a criança interrompe o brincar. O objetivo do trabalho, então, seria a manutenção do brincar, por meio do qual se tem acesso ao inconsciente da criança, e as interpretações são geradas.

Aqui, abre-se um parêntese com relação à utilização dos termos ansiedade, agonia e angústia. Nesta dissertação, esses termos são usados de acordo com Safra (2007b), a não ser quando utilizados nas citações de textos de outros autores, conservando assim o texto original. Ansiedade refere-se à manifestação de sofrimento humano que se origina da dinâmica psíquica no jogo das representações imaginárias e simbólicas, são experiências como as ansiedades de castração. Agonia, termo introduzido por Winnicott, refere-se ao sofrimento relacionado à constituição psíquica, às necessidades fundamentais do ser humano e à impossibilidade de uma integração no registro existencial. Na agonia o indivíduo vive uma experiência no infinito, fora do espaço e do tempo. É experiência de atravessamento de algo que se pode chamar de não-ser. São experiências como, por exemplo, de queda sem fim ou de falta de

fronteiras. Angústia refere-se à experiência decorrente do fato de o ser humano se encontrar com facetas fundamentais da condição humana, é o encontro com o real, é a consciência do humano. Na angústia, os sofrimentos são decorrentes do encontro com a finitude ou com a precariedade inerentes ao ser humano.

Voltando as discussões a cerca das contribuições de Klein, cabe ressaltar que a possibilidade da análise da transferência positiva e negativa na clínica com crianças muito pequenas e desde a primeira sessão, assim como a análise da relação transferencial com pacientes em sofrimento psíquico grave, são decorrentes de algumas construções teórico e clínicas do pensamento kleiniano como o superego arcaico, o complexo de Édipo precoce e do fato de a transferência em Klein ser pensada com base no deslocamento espacial de objetos internos.

Ao analisar a noção da transferência na clínica kleiniana, percebe-se que ela é compreendida em um eixo diferente de Freud. Safra (2007a) afirma que enquanto em Freud a transferência acontece no registro temporal, em Klein ela ocorre no espacial. Não se trata de deslocamento temporal, passado e presente, e sim de deslocamento espacial, dentro e fora. Essa noção de transferência é decorrente de uma formulação teórica nova e de uma compreensão própria do psiquismo humano.

Safra (2004d), ao estudar a obra de Klein, explica que a autora tem uma compreensão espacial do psiquismo humano, na qual o próprio psíquico é entendido como um lugar. Diferente da concepção freudiana em que o psíquico é essencialmente temporal, na qual um desejo que estava relacionado a uma figura do passado é vivido no presente e o objetivo do trabalho de análise é, então, remeter esse desejo a sua devida temporalidade, ou seja, ao passado, o que faz com que toda análise freudiana ocorra ao longo do eixo da temporalidade, passado e presente.

Safra afirma que, enquanto Freud fala de realidade psíquica, Klein fala de mundo interno. Portanto, a análise kleiniana ocorre ao longo de um eixo espacial, dentro e fora. Assim, na perspectiva de Klein não se trabalha no sentido de rememorar, mas no sentido de que, na situação transferencial, o que está dentro, está fora, e vice-versa por meio dos mecanismos de identificação.

Cintra e Figueiredo (2004) colocam que o trabalho analítico kleiniano busca discriminar: fantasia de realidade, passado de presente, consciente de inconsciente. O objeto da análise não é somente o passado, mas também o presente, isto é, o modo de funcionamento mental do paciente e a forma como ele organiza e expõe suas ansiedades, fantasias e defesas na sessão.

Na clínica kleiniana, a transferência é norteadada pela noção de identificação projetiva e introjetiva. Ela é decorrente do fato de o paciente depositar no analista não apenas objetos externos do passado, mas também objetos internos. Klein pensa a transferência não só como uma resignificação, mas também como projeção, na qual o paciente, por meio da identificação projetiva, remete suas fantasias, seu amor, seu ódio, suas ansiedades e suas defesas, enfim sua vida interior na figura do analista.

Em *As origens da transferência*, texto em que Klein escreve especificamente sobre o fenômeno transferencial, ela chama atenção para a importância de pensar a transferência em termos de “situações totais” de transferência do passado para o presente, bem como em termos de emoções, de defesas e de relações de objeto. Segundo ela, sua concepção da transferência, enraizada nos estágios mais iniciais do desenvolvimento e nas camadas profundas do inconsciente, “é muito mais ampla e envolve uma técnica através da qual os *elementos inconscientes* da transferência são deduzidos a partir da totalidade do material apresentado.” (1952, p. 78, grifo da autora).

Assim, os relatos dos pacientes e suas relações não só oferecem um *insight* quanto ao funcionamento do ego, como também revelam as defesas contra a ansiedade suscitadas na situação de transferência. Para Klein, o paciente lida com conflitos e com ansiedades, revividos com o analista, do mesmo modo empregado no passado. Ou seja, tenta afastar-se do analista como tentou de seus objetos primários, cindindo a relação com eles e os mantendo como figura boa ou má.

Outro ponto distinto na compreensão da noção de transferência em Freud e em Klein é que, enquanto Freud compreende a transferência como um processo por meio do qual as relações do passado e seus componentes afetivos são repetidos em relação à figura do analista sob a influência do princípio da compulsão à repetição, para Klein, a transferência é fruto da externalização de relações objetais internas sob a pressão exercida pela ansiedade, já que, para ela, é a ansiedade que leva a criança a brincar.

Observa-se então que a questão fundamental envolvida na concepção de transferência em Klein não é a relação passado/presente e, sim, entre mundo interno/externo. O repetido na relação transferencial são as relações de objeto vigentes no mundo interno. A transferência é concebida como uma externalização de relações objetais internalizadas; o que é transferido para a situação analítica é o mundo interno do paciente e a maneira como os objetos internos se relacionam.

A TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

Com Klein também se tem o início da utilização de técnicas psicanalíticas com crianças em sofrimento psíquico grave. Apesar de Freud não acreditar no sucesso

terapêutico da análise de pacientes em sofrimento psíquico grave, Klein (1952) revela a possibilidade de analisar pacientes em sofrimento psíquico grave, afirmando que a análise desses pacientes é extremamente frutífera e que eles são capazes de estabelecer transferência positiva e negativa. Assim, Klein amplia prática clínica tanto com crianças muito pequenas quanto com pacientes em sofrimento psíquico grave.

Klein difunde a psicanálise com crianças em sofrimento psíquico grave ao descrever o caso do pequeno Dick. Em nota explicativa, a comissão editorial inglesa afirma que o material clínico apresentado com o caso Dick “inaugura uma nova era. Em termos históricos, esse é o primeiro relato publicado da análise de uma criança psicótica, onde fica claro que é possível estabelecer um contato analítico e despertar o desenvolvimento.” (Klein, 1930a, p. 249).

No caso Dick, Klein descreve a história clínica de uma criança de quatro anos de idade com uma sintomatologia parecida com a de crianças ditas “esquizofrênicas”, no entanto, com ausência de vida fantasiosa. Assim, fenomenologicamente, a descrição que Klein faz dessa criança acaba sendo muito semelhante à síndrome descrita por Kanner, posteriormente, em 1943, como “autismo infantil precoce”.

Na clínica com Dick, Klein (1930a) se depara com uma dificuldade técnica. Conforme visto, a técnica do brincar e a interpretação do jogo desenvolvida por ela acompanha as representações simbólicas da criança e dá acesso à sua ansiedade e ao seu sentimento de culpa por meio do simbolismo revelado no brincar da criança. Porém, Dick não estabelece uma relação afetiva e simbólica com os objetos, “suas ações fortuitas diante deles não eram tingidas pela fantasia e, por isso, não era possível atribuir-lhes o caráter de representações simbólicas.” (p. 256-7). Klein conclui então que

a análise “se viu obrigada a partir desse ponto, que era o obstáculo *fundamental* para se estabelecer contato com o menino.” (idem, grifo da autora).

Entretanto, aqui há uma contradição no pensamento de Klein, uma vez que continua utilizando a interpretação do jogo mesmo com Dick que, segundo ela, é uma criança que não apresenta pensamentos fantasiosos e que não representa a realidade.

Um exemplo disso é a seguinte passagem:

Quando lhe mostrei os brinquedos que tinha preparado, o menino olhou para eles sem o menor interesse. Peguei um trem grande e o coloquei ao lado de outro menor, chamando-os de “Trem-Papai” e “Trem-Dick”. Então ele pegou o tem chamado “Dick”, empurrou-o até a janela e disse “Estação”. Expliquei: “A estação é a mamãe; o Dick está entrando na mamãe”. Ele largou o trem, correu para o espaço entre a porta de fora e a porta interior do consultório, fechou-se lá dentro, disse “escuro” e saiu correndo na mesma hora. Repetiu os mesmos movimentos diversas vezes. Então eu lhe expliquei: “É escuro dentro da mamãe. O Dick está dentro da mamãe escura”. Enquanto isso, o menino pegou o trem novamente, mas logo depois correu de volta para o espaço entre as portas. (Klein, 1930a, p. 257).

Klein (1930a) afirma que na análise do Dick ela conseguiu “ter acesso ao inconsciente do menino ao entrar em contato com os rudimentos de fantasia e formação de símbolos que ele apresentava.” (p. 259). Com essa passagem, observa-se que Klein não altera sua técnica de trabalho ao atender crianças em sofrimento psíquico grave. Ela continua interpretando o brincar da criança, tendo como referência o sadismo e o complexo de Édipo, ou seja, ela interpreta os comportamentos de Dick com base nos símbolos primordiais como o seio e o pênis, visando à diminuição da ansiedade e do sentimento de culpa. Percebe-se então que a autora interpreta a partir do conhecimento prévio da teoria psicanalítica e do saber do analista.

A modificação que Klein realiza na clínica com Dick é no que se refere ao tempo da interpretação. Nas palavras da autora:

Em geral, não interpreto o material até ele ter sido expresso em várias representações. Contudo, num caso em que a capacidade de representação era quase inexistente, fui obrigada a basear minhas interpretações no meu conhecimento geral, pois as representações que se manifestavam no comportamento de Dick eram relativamente vagas. (Klein, 1930a, p. 260).

Klein utiliza então as interpretações verbais para manejar a relação analítica e para encontrar sentido e valor simbólico nos comportamentos da criança em sofrimento psíquico grave. Ela não realiza uma mudança significativa na técnica psicanalítica clássica utilizada com crianças ditas “neuróticas”, mudança essa que a prática clínica com crianças em sofrimento psíquico grave solicita diante da impossibilidade de significar e de interpretar o comportamento dessas crianças, conforme será discutido mais adiante.

Muitos autores como, por exemplo, Figueiredo (2000) criticam essa postura de Klein, afirmando que sua técnica tende a incrementar a intrusividade do analista com suas “interpretações precoces, tendenciosas, unilateralmente centradas nos vínculos transferenciais e a imposição impaciente destes vínculos tendem a fazer do campo transferencial-contratransferencial um campo excessivamente fechado” e regido pela autoridade do analista. (p. 27).

Apesar das críticas à técnica de trabalho de Klein, cabe aqui ressaltar suas contribuições à psicanálise de crianças em sofrimento psíquico grave, já que, contrariando as idéias de Freud, ela mostra a possibilidade de analisar essas crianças, demonstra que a relação transferencial com esses pacientes pode ser criada por meio da interpretação do jogo e que é possível conferir sentido simbólico aos comportamentos generalizados.

Ao analisar o trabalho de Klein, Tafuri (2003) conclui que o lugar que Klein ocupa na clínica psicanalítica com a criança é o lugar de analista intérprete. O papel da analista é o de interpretar, o mais breve possível, o simbolismo revelado por detalhes do comportamento da criança, mesmo na ausência da fala e do brincar simbólico.

Ao questionar os princípios teóricos e técnicos da clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave, Tafuri ressalta que o lugar de analista intérprete das ansiedades mal simbolizadas fica reconhecido no âmbito psicanalítico com o da “verdadeira psicanálise”, e que isso marca bastante o desenvolvimento posterior da clínica psicanalítica com crianças.

Tafuri explica ainda que a clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave foi “tradicionalmente desenvolvida a partir de um eixo básico: atribuir sentido ou valor significativo e interpretar os comportamentos gestuais e sonoros do *infans*.”. Essa maneira de trabalhar produziu diferentes formas de interpretação: “interpretação do jogo (Klein), interpretação de figuras e objetos autísticos (Tustin, Meltzer, Haag e Ogden) e interpretação ou tradução dos significantes (Lefort, Dolto, Mannoni, Jerusalinsk e Laznik-Penot)”, todas tendo como princípio básico a interpretação verbal. (Tafuri, 2003, p.169).

Apesar das contribuições de Klein e desses outros autores, hoje se têm outras formas de abordar a interpretação e de manejar a relação transferencial nas análises de crianças. Alguns autores também têm deixado de lado, pelo menos no primeiro momento da análise, a primazia da palavra, o foco nas interpretações verbais e a pressa de atribuir sentido aos conteúdos simbólicos assim que as crianças os trazem, como é o caso de Winnicott.

CAPÍTULO 03 – A TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE A PARTIR DAS IDÉIAS DE WINNICOTT

Winnicott é um autor que contribuiu de forma profunda e original para o pensamento psicanalítico. Inicia seu trabalho na pediatria e, com o atendimento de mãe-bebê, é levado, cada vez mais, aos estágios mais primitivos do desenvolvimento emocional.

Winnicott, a partir de 1940, dá início a um terceiro grupo psicanalítico, que fica denominado como *middle group*. Ele se mantém equidistante dos conflitos teóricos entre Anna Freud e Melanie Klein na Sociedade Britânica de Psicanálise e fornece grandes contribuições e inovações à psicanálise com crianças.

Em sua obra, Winnicott revela uma forma diferente de trabalhar com crianças. Em vez de se restringir a análise à compreensão do intrapsíquico, como Anna Freud e Melanie Klein, o autor ressalta a importância da compreensão do ambiente no desenvolvimento emocional primitivo. Ao afirmar que o bebê sozinho não existe, Winnicott evidencia a dependência absoluta do bebê nos primeiros anos de vida em relação aos cuidados maternos e o interesse pelo estudo do meio ambiente no processo maturacional. Além disso, Winnicott amplia a clínica psicanalítica, atendendo mães-bebês, crianças e adultos em sofrimento psíquico grave.

Cabe salientar que Winnicott elabora sua teoria procurando manter “abertas as pontes que levam da teoria mais antiga a mais nova”, de tal forma que se possa estudar o meio ambiente sem perder tudo o que fora ganho pelo estudo dos fatores internos. (Winnicott, 1969-70, p. 198).

WINNICOTT: UMA MUDANÇA DE PARADIGMA NA PSICANÁLISE

Loparic (2006), utilizando a perspectiva de Thomas Kuhn relativa à noção de paradigma, defende a idéia de que com Winnicott há uma mudança paradigmática na psicanálise, decorrente do fato de que em sua prática clínica ele formula novos problemas clínicos, entre eles a manifestação da tendência anti-social e os casos de sofrimento psíquico grave que não podem ser compreendidos teoricamente nem tratados clinicamente no quadro do paradigma tradicional de Freud.

Loparic mostra que o aspecto principal da teoria freudiana é o complexo de Édipo, isto é, “a criança na cama da mãe às voltas com os conflitos, potenciais geradores de neurose, que estão relacionados à administração de pulsões sexuais em relações triangulares”, considerando a importância do complexo de Édipo em Freud, o autor denomina o paradigma de Freud de “edípico” ou de “triangular”. (p. 04).

Contudo, com o trabalho de Winnicott o paradigma freudiano entra em crise, dando lugar a um novo paradigma o do “bebê no colo da mãe”, isto é, o bebê que precisa se constituir e se integrar em uma unidade. Em virtude da importância da relação mãe-bebê na psicanálise de Winnicott, Loparic denomina seu paradigma de “dual” ou de “maturacional”, tendo como base sua teoria do amadurecimento.

A partir de sua prática clínica, Winnicott esclarece que o sofrimento psíquico grave está relacionado a aspectos primitivos do desenvolvimento emocional e a períodos anteriores ao complexo de Édipo. Enquanto Freud acredita que a etiologia dos “distúrbios psíquicos” está relacionada ao conflito edípico e, Klein, às primeiras relações objetais, Winnicott afirma que está relacionada a uma falha ambiental nos

primeiros momentos de vida e é anterior ao estabelecimento do sujeito enquanto um ser único e integrado.

Ao pensar a etiologia do sofrimento psíquico grave relacionada primeiramente ao ambiente e só depois à criança, Winnicott substitui a etiologia tradicional baseada nos conceitos de pulsão e de conflito interno pela baseada na de necessidade e no ambiente, o que leva o autor a estudar os períodos mais primitivos do processo maturacional do ser humano. O autor explica que “os processos que constituem a doença mental esquizofrênica são os processos da maturação infantil inicial, porém às avessas” (Winnicott, 1963d, p. 217) e ainda que, ao atender crianças tendo como base a abordagem psicanalítica, ele pôde “confirmar a origem das neuroses no complexo de Édipo, mas mesmo assim sabia que as dificuldades começavam antes.” (Winnicott, 1962c, p. 157).

Winnicott (1954-5) esclarece que Freud desenvolve a psicanálise a partir de determinadas situações clínicas em que é possível chegar ao complexo de Édipo e lidar com relacionamentos interpessoais. Para Winnicott, os casos clínicos de Freud tinham recebido os cuidados adequados na primeira infância e as experiências infantis do próprio Freud foram suficientemente boas, o que fez com que, em sua auto-análise, ele tomasse a maternagem do bebê como algo evidente por si mesmo. Freud então analisa a si mesmo enquanto “pessoa total e independente, e seu interesse dirigiu-se para as ansiedades pertencentes aos relacionamentos interpessoais.” (p. 381). Assim, tem-se um ser humano completo, relacionando-se com seres humanos completos.

Porém, Winnicott, por meio do seu trabalho com mães e com bebês, descobre a diferença entre um ambiente bom e um ambiente que falha. Ele depara com situações clínicas anteriores ao complexo de Édipo, nas quais o indivíduo ainda não se constituiu

como pessoa integrada e separada, não consegue viver no corpo e relacionar com objetos. Aqui, têm-se agonias intoleráveis de aniquilamento, e não ansiedades de castração ou de separação. São casos clínicos que não obtiveram um “ambiente suficientemente bom”, a partir do qual o sujeito pudesse se constituir. São pacientes até então não acolhidos pela psicanálise clássica.

Para Winnicott, a teoria do desenvolvimento emocional primitivo guia a compreensão dos fenômenos humanos com os quais os analistas se deparam na clínica. O autor afirma que os analistas devem ser capazes de localizar o estágio maturacional do indivíduo no qual seu sofrimento teve origem, pois, desse modo, pode-se compreender a natureza do problema com o qual o sujeito está envolvido, procedendo de forma adequada em relação aos cuidados específicos com o paciente, que, por sua vez, devem ser conduzidos de acordo com as necessidades do paciente.

Diante disso, Winnicott (1954-5) propõe três variedades de clínicas com base em diferentes registros de sofrimento, decorrentes de diferentes momentos de falhas no processo maturacional e que demandam modos distintos e específicos de trabalho clínico. Percebe-se que Winnicott utiliza a classificação diagnóstica para se localizar em relação às demandas do sofrimento do sujeito.

A primeira variedade clínica refere-se a pacientes que funcionam como pessoas inteiras e às dificuldades que se localizam no âmbito dos relacionamentos interpessoais. Nesse caso, a técnica de trabalho é a mesma desenvolvida por Freud. Recorre-se ao *setting* clássico freudiano, utilizando como ferramenta básica a interpretação da transferência com o intuito de trazer à luz o material inconsciente recalçado.

A segunda é a clínica com pacientes que começaram a se integrar, mas que ainda não conquistaram a estabilidade no seu sentido de unidade. A análise, nesse caso, tem a ver não só com a aquisição de uma unidade como também à junção do amor e do ódio e ao reconhecimento da dependência. O elemento mais importante aqui é a sobrevivência do analista na condição do fator dinâmico. Para Winnicott, a técnica, nesse tipo de trabalho, não difere da primeira categoria, mas surgem novos problemas com relação ao manejo, tendo-se, assim, a junção do manejo aos princípios da análise clássica.

A terceira clínica refere-se ao acolhimento de pacientes em sofrimento psíquico grave, no qual a análise precisa lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional. Essa clínica relaciona-se com períodos anteriores ao estabelecimento da personalidade como uma entidade. A estrutura pessoal ainda não está integrada e é anterior à aquisição da unidade pessoal em termos de espaço e tempo. Nesse caso, a ênfase recai sobre o manejo clínico e o estabelecimento do *setting*. Essa clínica é caracterizada por uma complexa organização de *holding* que permite, sem necessariamente recorrer à interpretação, a regressão à dependência.

Nesta dissertação focam-se os estudos relativos ao segundo e ao terceiro tipo de clínicas, nos quais os interesses são explicitar as dinâmicas, as características e as formas de manejo da relação transferencial nessas clínicas. Para isso, é realizado um estudo teórico sobre as especificidades da transferência nessas clínicas e são apresentados dois casos clínicos. Contudo, antes disso, é necessário tecer algumas considerações sobre a noção de transferência em Winnicott, visto que ela carrega diferenças consideráveis quando comparada com as noções em Freud e em Klein. Além

disso, neste estudo, as reflexões são construídas tendo como base as concepções de Winnicott sobre a relação transferencial.

A NOÇÃO DE TRANSFERÊNCIA EM WINNICOTT

Ao realizar um estudo comparativo da transferência em Freud, em Klein e em Winnicott, percebe-se uma ampliação do conceito no pensamento winnicottiano. Winnicott, em função de sua clínica, em especial a com pacientes em sofrimento psíquico grave, propõe mudanças teóricas e práticas relativas à noção de transferência que são essenciais para o acolhimento de aspectos transferenciais que não podem ser analisados com base nas concepções freudiana e kleiniana da transferência. Essas mudanças se referem principalmente ao fato de Winnicott observar em sua clínica que nem todos os pacientes tiveram a possibilidade de adquirir a capacidade de estabelecer uma relação objetal e fazer uso de um objeto. Muitas vezes, o paciente encontra-se em um estágio no qual não há ainda distinção entre eu e não-eu.

Conforme visto, Freud pensa a relação transferencial com base na teoria da sexualidade infantil e do complexo de Édipo. Para Freud, a organização pulsional e libidinal que ocorre na sexualidade infantil define o tipo de relações de objeto do indivíduo. No início, a pulsão sexual da criança é perversa e polimorfa. Com as repressões e as fixações da pulsão, a escolha objetal vai sendo delimitada, tornando-se definitiva após o complexo de Édipo.

Diante disso e das idéias de Loparic sobre a mudança de paradigma na psicanálise, Martins (2004) esclarece que a transferência no paradigma freudiano é pensada a partir do complexo de Édipo e mostra a importância desse aspecto na análise

e na interpretação da transferência do ponto de vista freudiano, já que ele define o modo de funcionamento do sujeito que aparecerá na relação com o analista.

Por outro lado, Martins defende a idéia de que a transferência no paradigma winnicottiano é pensada a partir do bebê no colo da mãe. A autora ressalta que Winnicott aceita o método freudiano de pesquisa baseado na transferência, modificando, contudo, o sentido dado a esse conceito. A transferência passa a englobar diversos tipos de transferências no *setting* analítico, referidos ao papel que o analista tem para o paciente, dependendo do momento do processo de amadurecimento em que o paciente se encontra.

Martins nota ainda que o sentido literal do termo transferir descaracteriza-se na psicanálise winnicottiana. Freud designa como transferência as representações inconscientes referentes ao passado infantil, que se transferem para o presente em forma de novas representações relacionadas à figura do analista, supondo assim que certos mecanismos se repetem ao longo da existência do sujeito, inclusive na análise. Contudo, na perspectiva winnicottiana, o analista nem sempre é representante de um passado que se repete, já que certos conteúdos não vividos na infância são experimentados pela primeira vez na análise e, por isso, nem sempre os conteúdos infantis são transferidos para a figura do analista, mas são vividos no presente com ele.

Caminhando nesse sentido, Safra (2005f) revela que, na clínica winnicottiana, a noção de transferência não está relacionada à questão do deslocamento, o que move a transferência não é o presente como fruto do descolamento do passado (Freud) nem o externo como deslocamento do interno (Klein), mas a tendência do sujeito de realizar seu *self* que o coloca sempre em devir.

Safra esclarece que Winnicott compreende a noção de transferência no registro existencial, enquanto Freud compreende no registro temporal e Klein no espacial. Safra explica que em Freud a transferência está relacionada à apresentação do passado, em Klein ao modo como o paciente lida com a destrutividade e em Winnicott a transferência está relacionada à expectativa de si mesmo.

Percebe-se então que a noção de transferência em Winnicott é compreendida no registro da experiência. No trabalho winnicottiano, a experiência é compreendida não só como repetição do passado e como possibilidade de *insight*, mas também como um campo de constituição e de acontecimento no qual algo *acontecerá*. O sujeito busca o analista não apenas como repetição, mas como possibilidade de desvelar o novo, de encontrar aquilo que ainda não aconteceu, do inédito e do acontecimento.

Diante disso, Safra (2004e) ressalta que – enquanto para Freud e para Klein o importante é o vivido e o recalcado referidos ao inconsciente – para Winnicott o importante é o vivido e o não-acontecido, sendo que o não-acontecido existe no sujeito como anseio e como busca de acontecimento. Assim, o analista não serve apenas para resignificar o vivido, mas como oferta de proporcionar o não-vivido.

Além disso, Safra (2007b) afirma que o analista não só é visto como possibilidade do sujeito vir a viver o que não foi vivido como também é testemunha, e é importante por si mesmo, já que é outro humano e, assim, sabe das necessidades fundamentais do humano.

Nessa perspectiva, o analista não é apenas representação do passado, mas também do futuro. É esperança do paciente de um encontro, de um por vir e da realização de si mesmo. Assim, a análise é a possibilidade do indivíduo alcançar seu gesto novamente, já que na concepção winnicottiana o ser humano é fundamentalmente

um ser em devir, em processo. Nas palavras de Winnicott: “todos os processos de uma criatura viva constituem um vir-a-ser, uma espécie de plano para a existência.” (Winnicott, 1963b, p. 82).

Tendo como base que o ser humano se constitui na experiência, Safra (2007b) afirma que o trabalho de análise consiste não apenas em um “falar sobre”, mas também em um “viver com”, o que leva a um outro tipo de “estar com” o analisando.

Safra ressalta que quando se está no campo do já vivido e que foi jogado para o inconsciente por conta das ansiedades, o olhar do analista procura o que o sujeito nega e esconde. Nesse caso, o foco está na defesa e na ansiedade subjacente a ela. Por outro lado, quando se está no campo do não-vivido, o olhar do analista se volta para o que o paciente revela, fala, mostra e não ao que ele oculta. Nesse sentido, não se *escuta* os deslizamentos da linguagem, mas sim se está *atento* ao que o paciente revela. O analista está em uma posição de abertura ao outro, isto é, em posição de disponibilidade.

Após discutir sobre a transferência, sobre a clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave e ter explicitado as concepções de transferência nas obras de Freud, de Klein e de Winnicott, passa-se agora para o estudo sobre algumas das especificidades da transferência na clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave, utilizando como referencial teórico e clínico as idéias de Winnicott.

A NOÇÃO DE *HOLDING*

Conforme discutido, Winnicott, com seu interesse pelos problemas emocionais da criança e do bebê, passa a estudar a questão do sofrimento psíquico grave na análise de pacientes ditos “psicóticos”, o que leva ao estudo e à análise de relacionamento

objetal ainda mais primitivo e amplia o conceito de transferência, de modo que o tratamento de pacientes em sofrimento psíquico grave pôde ser pensado à luz da psicanálise.

A partir do ponto de vista de que o bebê em um determinado momento ainda não está diferenciado e possui uma dependência absoluta do meio ambiente, Winnicott pôde compreender alguns dos momentos que ocorrem ao longo da análise de pacientes em sofrimento psíquico. Winnicott (1955-6) observa que “na análise dessas fases (fases ou momentos psicóticos) não é possível considerar o ego uma entidade estabelecida. Não pode, então existir também uma neurose de transferência, para a qual certamente é preciso que haja um ego.” (p. 394). O autor afirma que quando há “um ego intacto e o analista pode ter certeza sobre a qualidade dos cuidados iniciais, o contexto analítico revela-se menos importante que o trabalho interpretativo.” (p. 395). Nesse caso, realiza-se uma psicanálise clássica, na qual o objetivo do trabalho de análise consiste em trazer para a consciência aquilo que estava inconsciente por meio da interpretação da revivência que ocorre na relação transferencial.

Na análise de pacientes em sofrimento psíquico grave, eles “não esperam que a análise os torne mais conscientes, mas aos poucos eles podem vir a ter esperança de que lhes seja possível sentir-se reais.” (Winnicott, 1988, p. 79). Nesse caso, o contexto (*setting/ambiente*) torna-se mais importante que a interpretação e a manutenção de uma situação adaptativa ao ego é fundamental.

Têm-se, assim, dois tipos de clínica, o que leva Winnicott (1954-5) a dividir a contribuição de Freud em duas partes: 1) a técnica psicanalítica na qual o material do paciente deve ser compreendido e interpretado e 2) o *setting* no qual esse trabalho é realizado. Apesar de atencioso em relação aos detalhes do *setting*, Freud não teoriza

tendo o *setting* como foco, o que, em contrapartida, é realizado por Winnicott ao considerá-lo essencial na clínica com paciente em sofrimento psíquico grave.

Margaret Little (1990), ao relatar sua análise pessoal com Ella Sharpe e com Winnicott, revela as diferenças entre esses dois tipos de trabalho, demonstrando também o sofrimento decorrente do acolhimento baseado apenas nas interpretações de conflitos edípicos. Ao longo desta dissertação são utilizados alguns trechos da obra de Little. Acredita-se que seus relatos são valiosos, já que eles expõem sua experiência analítica, descrevem com clareza as sensações por ela denominadas como fazendo parte de uma “ansiedade psicótica”, ilustram a técnica de trabalho de Winnicott e são um exemplo clínico a cerca das construções teóricas desse autor.

Em sua primeira sessão com Sharpe, Little fica deitada rígida no divã incapaz de falar e de mover. Como sua analista fica calada, a paciente grita: “Isto não pode ser real”, lembrando de sua visão quase alucinatória em que Sharpe está envolta em uma espécie de névoa cinzenta, como uma aranha em uma teia formada por seus cabelos. Little relata que a analista interpreta seu medo como uma ansiedade de castração, o que fez sentido, mas não justificou “a intensidade de meu pânico, que era muito mais que qualquer terror mortal ou medo da morte”. A agonia de Little “era de uma total destruição, de ser fisicamente mutilada, ficar irremediavelmente louca, ser morta, abandonada e esquecida por todo mundo como alguém que nunca existira.” (p. 34).

Little resume o quadro global de sua análise com Sharpe afirmando que era o de uma luta constante entre ambas. A analista insistia em um conflito intrapsíquico relacionado à sexualidade infantil, e a paciente nas questões de existência e de identidade. “Eu não sabia “quem era”; a sexualidade (mesmo conhecida) era totalmente

irrelevante e sem sentido, a menos que a existência e a sobrevivência pudessem ser tidas como certas, e a identidade pessoal pudesse ser estabelecida.” (p. 35).

Essa situação leva Little de volta à confusão e à ambivalência que experimentara com sua mãe, que não havia sido capaz de lhe fornecer um ambiente onde fosse seguro estar. Ela continua relatando:

Certa vez falei sobre como queria “ser alguém”, referindo-me a ser uma verdadeira pessoa, não ninguém, ou uma “não-pessoa”, como achava que era. Isso foi interpretado como um desejo meu de tomar o lugar da minha mãe, de *ser* a minha mãe fisicamente, em seu relacionamento sexual e capacidade reprodutora. O que eu realmente temia era a possibilidade de descobrir que era uma “cópia vulgar” da minha mãe ou da Srta. Sharpe (o que dava no mesmo), mas não conseguia fazê-la entender isso, ou que o risco era real. (...) Então eu estava duplamente presa à “teia de aranha”; *eu* era a louca, não minha mãe; *ela* era a que “sabia”, como minha mãe, não eu, sempre soubera; enquanto o *meu* reconhecimento da minha psicose e da psicose da minha mãe era desprezado como fantasia. Eu estava novamente no confuso “País das Maravilhas” ou no mundo dos “Espelhos” da minha infância, onde simultaneamente eu “imaginava coisas” e “não tinha imaginação”, onde só podia saber o que via e sabia, e “não sabia nada”. (p.36, grifo da autora).

Por outro lado, em sua análise com Winnicott, Little relata que pode seguir seu próprio ritmo, ele “permitiu que eu fosse eu mesma, vivesse um ritmo próprio, enquanto anteriormente havia sido alternadamente impulsionada e contida, de modo que nem o ritmo nem as contradições eram meus.” (p. 49). Little revela que as sessões com Winnicott eram caracterizadas por poucas interpretações e pelo *holding* que é ilustrado por ela metafóricamente e literalmente:

Metaforicamente ele estava *controlando (holding) a situação*, dando apoio, mantendo contato em todos os níveis com qualquer coisa que estivesse acontecendo, dentro e ao redor do paciente e no relacionamento com ele.

Literalmente, durante intermináveis horas ele segurou as minhas duas mãos apertadas entre as dele, quase como um cordão umbilical, enquanto eu ficava deitada, freqüentemente escondida debaixo do cobertor, calada,

inerte, retraída, apavorada, com raiva ou em lágrimas, dormindo e às vezes sonhando. (p. 46, grifo da autora)

Na clínica com pacientes em sofrimento psíquico grave, instala-se uma situação analítica que tem como característica o que Winnicott denomina de *holding*. A noção de *holding* na teoria winnicottiana é de extrema importância para o manejo clínico com crianças em sofrimento psíquico grave e é compreendido como *sustentação*, sustentando determinadas experiências ao longo de um tempo sem interromper a experiência do paciente. Significa oferecer um ambiente/*setting* que sustente e permita o processo de integração do sujeito.

Para Winnicott (1963d), “esse *holding*, como a tarefa da mãe no cuidado do lactente, reconhece tacitamente a tendência do paciente a se desintegrar, a cessar de existir, a cair para sempre.” (p. 217). Se o *holding* é encontrado esses sentimentos agonizantes podem ser transformados em experiências positivas, o que leva Safra (1995) a explicar que, nesse caso, a desintegração pode ser vivida como um relaxamento e um repouso, cair para sempre passa a ser a alegria no movimento de ser carregado, morrer transforma-se em uma boa sensação de estar vivo, enfim, o *holding* fornece ao indivíduo a confiança na realidade e nos contatos humanos.

Em casos extremos, talvez seja necessário que, em algum momento da análise, o *holding* assuma uma forma física, como no caso de Little, mas Winnicott (1954) relaciona esse cuidado com a compreensão do sofrimento do paciente e da expressão dessa compreensão, de modo que o paciente sintá-se sustentado pelo analista: “toda vez que compreendemos profundamente um paciente, e o mostramos através de uma interpretação correta e feita no momento certo, estamos de fato sustentando o paciente.” (p. 354).

Além do relato de Little, Winnicott (1972) ilustra a função do *holding*, em *Holding e interpretação*, ao descrever o caso clínico de um paciente de trinta anos, casado, com dois filhos, que é atendido em dois momentos de análise. Nesse livro, o autor relata diferentes sessões que realiza com o paciente. O objetivo de Winnicott, conforme assinala o título, é explicitar a condução de um processo que tem como característica fundamental o *holding*. Na descrição desse caso, o autor revela a função do *holding* tanto na sustentação do processo analítico – sustentando ao longo do tempo as experiências do paciente – quanto na integração dessas experiências no tempo e no espaço.

Em alguns momentos, as interpretações de Winnicott visavam integrar as experiências ocorridas tanto no *setting* analítico quanto no ambiente externo. Um exemplo disso, pode ser observado no seguinte relato de Winnicott relativo a uma sessão, em que o paciente fica esperando três minutos devido à campainha estar enguiçada. Ao entrar no consultório, o paciente relata uma fantasia de retraimento, na qual ele estava muito aborrecido com um cirurgião que havia deixado uma cirurgia pela metade.

Paciente: Não porque o cirurgião estivesse com raiva do paciente. O paciente estava sem sorte; estava sendo operado quando o cirurgião entrou em greve.

Analista: Relacionei essa fantasia com a reação ao fim de semana após a aceitação do meu papel na dependência. Falei do enguiço da campainha, mas isso era relativamente pouco importante, ao passo que as grandes interrupções do paciente estavam ligadas ao que ele dissera no final da sessão anterior, ou seja, que eu talvez não fosse capaz de suportar todas as suas necessidades de uma extrema dependência comigo (...). O efeito dessa interpretação foi marcante; a análise tornou-se viva e permaneceu assim durante toda a sessão. (p.34).

Em seus textos Winnicott revela que, na clínica com pacientes em sofrimento psíquico grave, antes de fornecer interpretações, o objetivo da análise é proporcionar um “ambiente suficientemente bom”, que se adapte à necessidade que surge do ser e dos processos de maturação, de modo que se permita o surgimento de um ego, o abandono de organizações defensivas e a retomada do processo de amadurecimento.

Para isso, é necessário que a análise propicie as condições que faltaram nos momentos das falhas ambientais e que impediram o desenvolvimento saudável. Deve-se ainda levar em consideração que cada período do amadurecimento requer condições diferentes, o que leva a modificações no trabalho de análise de acordo com as necessidades de cada paciente em relação a determinado ponto do amadurecimento.

A análise é vista como a satisfação das necessidades com base na noção de *holding*, o que mostra uma outra forma de trabalho onde, até então, o principal instrumento de trabalho era a interpretação. Winnicott coloca que, na situação clínica descrita, as interpretações relativas aos conteúdos da sessão produziram um efeito nocivo quando considera-se, por exemplo, a intrusão que uma interpretação transferencial clássica representa ao apresentar o analista como um outro não-eu para um paciente que o necessita, ainda, como fazendo parte de si mesmo. Nesse caso, o analista “teria sido um mau analista fazendo uma boa interpretação.” (Winnicott, 1962-63b, p. 228).

Winnicott utiliza a noção de ambiente-*holding* para descrever o *setting* analítico. Em termos de relação analítica é, o *setting*, a atenção dispensada pelo analista, juntamente com o trabalho interpretativo que criam o ambiente de *holding* que norteia as necessidades psicológicas e físicas do pacientes.

A partir da visão winnicottiana, de que o sujeito se constitui criando, Safra (1996) ressalta que o próprio *setting* será fruto da capacidade criadora do paciente e do analista e, nesse sentido, cada análise terá de ser conduzida a partir do encontro dessas duas subjetividades e o *setting* não poderá ser definido a priori.

Observa-se, assim, que a ênfase desse trabalho não está na interpretação e, sim, no manejo. A análise, nesse caso, é fundamentalmente manejo e estabelecimento de *setting*. Abram (1996) define manejo como o termo utilizado em relação ao cuidado dispensado a pacientes em sofrimento psíquico grave no *setting* analítico e na relação analítica. O manejo aponta para o conjunto de comportamentos do analista que compreendem o *holding* do paciente em regressão à dependência.

Com as noções de manejo e de *holding*, questões relativas ao *setting* que, antes eram tidas como técnicas – horário, periodicidade, férias, organização física do *setting* – passam para primeiro plano e tornam-se ferramentas de trabalho. Tem-se assim uma nova compreensão sobre o que acontece dentro do trabalho de análise:

O divã e as almofadas estão lá para que o paciente os use. Aparecerão em pensamentos e em sonhos, e nesse caso representarão o corpo do analista, seus seios, braços, mãos etc., numa infinita variedade de formas. Na medida em que o paciente está regredido (por um momento ou por uma hora, ou por um longo período de tempo), o divã *é* o analista, os travesseiros *são* os seios, o analista *é* a mãe em certa época do passado. (Winnicott, 1954-5, p. 385, grifos do autor).

Na clínica winnicottiana, *setting* é compreendido de uma forma diferente. Ele é importante não apenas como lugar que possibilita a compreensão do psiquismo e que revela as dimensões do inconsciente, mas também como lugar suficientemente bom no que diz respeito à adaptação às necessidades do paciente, e que proporciona um ambiente *holding*. O *setting* é um lugar de acontecimento e de experiência viva, é lugar

de se constituir e de se testemunhar. Ele não é constituído com base no modelo onírico como em Freud. A importância não está apenas no *insight* e, sim, na experiência que promove a transformação da organização psíquica e recoloca o sujeito em um lugar distinto na relação com o outro, com o mundo e frente aos objetos. Esse *setting*, que inclui o analista, é um ambiente que evoca estabilidade, confiança e esperança para que o paciente possa vir a se constituir como sujeito.

O MODELO DA “MÃE SUFICIENTEMENTE BOA” COMO NORTEADOR DA TRANSFERÊNCIA

Para mim, D.W., não representava a minha mãe. Em minha ilusão de transferência, ele realmente era a minha mãe. Como na verdade há continuidade entre mãe e feto, genética e física, para mim as mãos dele eram o cordão umbilical, seu divã a placenta e o cobertor as membranas, tudo muito abaixo de qualquer nível consciente até um estágio muito posterior. A ilusão nunca fora mencionada – eu mesma a reconheci muito tempo depois – mas com seu comportamento D. W. a aceitou tacitamente, satisfazendo-me nesse nível, mas ao mesmo tempo, mantendo sua própria maturidade e realidade. (Little, 1990, p. 95-96, grifo da autora).

Esse trecho do relato de Margaret Little sobre sua análise pessoal com Winnicott ilustra uma das características da relação transferencial na clínica com pacientes em sofrimento psíquico grave, na qual o modelo da “mãe suficientemente boa” é o norteador da transferência. Winnicott explica que:

(...) para Freud existem três pessoas, uma delas fora do consultório analítico. Quando existem apenas duas pessoas, terá ocorrido uma regressão do paciente no contexto, e o contexto representa a mãe com sua técnica, sendo o paciente um bebê. Há um estado seguinte de regressão, no qual apenas uma pessoa está presente, ou seja, o paciente, e isto é verdade mesmo que num outro sentido, do ponto de vista do observador, existam ali duas pessoas. (Winnicott, 1954-5, p.383).

Nessas duas passagens, observa-se que, na relação transferencial com pacientes em sofrimento psíquico grave, a dinâmica mais poderosa está no relacionamento a duas pessoas baseado no que originalmente era o lactente e a mãe. A relação analítica assume características fundamentais da relação primitiva mãe-bebê, já que Winnicott relaciona a dependência na transferência à dependência aos estágios do cuidado do lactente e da criança.

Para Winnicott (1956), a “mãe suficientemente boa” é a mãe que ingressa em estado de “preocupação materna primária” que, identificada com seu bebê consciente e inconscientemente e em um estado de sensibilidade exacerbada, consegue uma adaptação sensível, ativa e delicada às necessidades do bebê. A “mãe suficientemente boa” também diz respeito à adaptação da mãe às necessidades do bebê, que o torna capaz de ter uma experiência de onipotência que anula sua real condição de fragilidade e de insuficiência, experiência que cria a ilusão necessária a um desenvolvimento saudável.

Ao utilizar o modelo da “mãe suficientemente boa” como norteador da transferência, Winnicott ressalta que o analista precisa estar identificado ou mesmo fundido com o paciente, mas também permanecer orientado para a realidade externa. É estar identificado e, ao mesmo tempo, cuidando do paciente, o que só é possível por meio da transicionalidade, ou seja, depende da capacidade do analista de manter o espaço potencial. Winnicott explica que, nas situações de interrupção precoce no processo de desenvolvimento, o trabalho de análise deve criar um *setting* em que o paciente possa ter experiências semelhantes à maternagem, mas agora na presença de um ambiente propício ao amadurecimento saudável.

Para Winnicott, é por meio das funções maternas de *holding*, de *handing* e de “apresentação de objeto”, nas fases mais primitivas, que a “mãe suficientemente boa” oferece condições favoráveis para o desenvolvimento dos processos de integração, de personalização e de realização, respectivamente. Com a função do *holding*, como visto, a “mãe suficientemente boa” permite o processo de integração, no qual o ego se integra em uma unidade e tem-se o “eu sou” e o início da constituição do si mesmo. Com a função materna de *handing* (manejo) pode ocorrer a “personalização”, isto é, a interação dos aspectos da psique e do soma, a partir da qual o bebê adquire a capacidade de habitar o próprio corpo. Com a função de “apresentação de objetos”, a mãe auxilia o bebê na capacidade de viver a ilusão de onipotência de que o mundo é uma criação sua.

Com o caso de Margaret Little, tem-se a ilustração dessas funções sendo realizadas por Winnicott. Com relação à apresentação de objeto, na experiência de Little, o analista era sua mãe. Do ponto de vista do autor, o importante é permitir que a paciente assim o veja, sem mencionar a ilusão de Little, pois isso a faria amadurecer antes do tempo, o que seria uma intrusão que retiraria a possibilidade de ela vivenciar a experiência de Winnicott ser sua mãe em nível ilusório.

Essa postura é um ponto fundamental também do *handing* e do *holding*, já que eles visam a sustentar uma situação, no caso, a sustentar a necessidade de ilusão de Little, para que, no momento adequado, ela estivesse preparada para a experiência de desilusão e pudesse, ela mesma, reconhecer sua ilusão. Em um período posterior, Little descreve:

Em um determinado momento, tive de descobrir que na realidade ele não era (a sua mãe); que não éramos idênticos, ou contínuos; e que ele tampouco era uma parte de mim mesma que eu havia projetado. Eu não podia fazê-lo ser nada disso, exceto nas minhas fantasias; ele passou a

ficar fora da “área da minha onipotência” e a ser percebido objetivamente. (Little, 1990, p. 103-104).

Em seguida, Little continua afirmando que pôde “descobrir a parcela mínima de verdade que existe por trás de todas as ilusões”. A autora explicita o pressuposto presente no trabalho de Winnicott de que a ilusão é um campo de constituição, no qual a ilusão está sob o domínio onipotente do paciente, mas também tem uma “parcela mínima de verdade”, ou seja, a ilusão veicula uma verdade que pode ser conhecida e, nessa perspectiva, a ilusão não é tomada apenas como um falseamento da realidade.

Ainda com relação ao modelo da “mãe suficientemente boa” como norteador da relação transferencial, cabe ressaltar que o analista não é a mãe que cuida de um bebê e não deve utilizar técnicas de maternagem com os pacientes. Apesar de o analista identificar-se na transferência com o paciente e com as suas necessidades primitivas, assim como ocorre com a mãe no estado de “preocupação materna primária”, ele precisa manter-se na posição de analista para poder cuidar de forma confiável. O analista confiável é ou age na transferência como um ambiente facilitador, dirigindo sua atenção para aquilo que o paciente necessita naquele momento. Isso não significa que o analista supre as necessidades do paciente como sua mãe. Caso o analista ultrapasse os cuidados adequados e tente fazer mais do que um analista pode fazer, ele estará sendo o substituto da mãe verdadeira e não um “analista suficientemente bom”, assim como a mãe extremamente boa não é uma “mãe suficientemente boa” para o desenvolvimento do bebê.

Não se trata também de restaurar experiências, mas de o indivíduo colocar sua experiência sob o domínio do eu. Por mais que Winnicott possibilite a Little viver a experiência de ilusão de que ele é sua mãe, ele jamais será ou tentará ser sua mãe, já que

o importante é o paciente reconhecer o que foi sua mãe, podendo fazer referência ao vivido. Em outras palavras, o importante não é o analista estar no lugar da mãe do paciente, mas reconhecer suas necessidades, proporcionando condições para o indivíduo reconhecer e apropriar-se de sua história.

Winnicott (1962-63b) alerta que essa situação clínica não se trata de uma experiência corretiva na transferência, o que seria uma contradição, na medida em que a transferência se processa por meio do processo psicanalítico inconsciente do paciente e depende, para o seu desenvolvimento, da interpretação do analista, que é sempre relativa ao material apresentado pelo paciente. Porém, “a prática de uma boa técnica psicanalítica *pode* por si só ser uma experiência corretiva e, por exemplo, na análise um paciente pode, pela primeira vez na vida, conseguir a atenção total de outra pessoa (...) ou estar em contato com alguém que é capaz de ser objetivo.” (p. 232-3, grifo do autor).

Com relação a essa questão da “mãe suficientemente boa” como norteador da relação transferencial na clínica com pacientes em sofrimento psíquico grave, Safra (2004e) ressalta a necessidade de discriminar o que é específico da relação mãe-bebê do que é específico da condição humana, já que o que se revela nas situações transferenciais não é necessariamente a relação mãe-bebê, mas as facetas fundamentais da dimensão humana. Nessa discriminação, a transferência é relacionada aos períodos do desenvolvimento emocional em que o paciente teve maiores dificuldades ou em que apresenta uma falha ambiental precoce e os cuidados maternos são utilizados como metáfora.

Em *holding e interpretação*, por exemplo, Winnicott (1972) ilustra uma situação clínica, na qual o analista é colocado na função transferencial paterna. Nesse caso, em virtude da história de vida do paciente ser marcada pela ausência da figura

paterna e pelo não reconhecimento da maturidade do paciente pelo pai com a proibição do incesto, com a rivalidade e com a impossibilidade de destruir o pai na fantasia, o paciente não pôde fazer uso da figura paterna. Winnicott, ao ocupar o lugar transferencial do pai, pôde facilitar a retomada do processo de constituição desse paciente.

O analista, a partir desse ponto de vista, age de acordo com o lugar que é colocado pelo paciente no processo transferencial, variando de acordo com as necessidades do paciente e tendo como norteador da transferência não apenas a relação mãe-bebê, mas todo o processo de constituição do sujeito. Winnicott ressalta que o analista só compreende a natureza do sofrimento do sujeito e pode fornecer cuidados específicos de acordo com a necessidade do paciente ao considerar o processo de amadurecimento do indivíduo em sua totalidade. Contudo, o autor alerta que um dos problemas mais difíceis da técnica psicanalítica consiste em saber qual a idade emocional do paciente em um dado momento da relação transferencial.

Winnicott (1955-6) afirma que quando o analista é suficientemente bom, isto é, está identificado com as necessidades do paciente proporcionando um “ambiente suficientemente bom” em relação à adaptação às necessidades do paciente, o paciente tem a experiência de ser sustentado por um ambiente e esse ambiente (*setting*/analista) “vai sendo gradualmente percebido pelo paciente como algo que faz nascer a esperança de que o *self* verdadeiro possa finalmente ser capaz de assumir os riscos que o início da experiência de viver implica.” (p. 486).

A “REGRESSÃO À DEPENDÊNCIA” NA TRANSFERÊNCIA COMO UM INSTRUMENTO FUNDAMENTAL DO TRABALHO DE ANÁLISE

A regressão para a dependência é um “processo de cura” originado não no analista, mas naquela parte do analisando, seu “verdadeiro self”, que ainda pode esperar uma reversão do fracasso original, encontrando no analista uma adaptação suficiente para as suas necessidades. É preciso haver um “tratamento” em vez de uma “técnica”; e um comportamento intuitivo, não interpretação verbal. Mas isso não é fácil, porque envolve o analisando em uma volta assustadora ao primeiro estágio não-integrado. Há o risco de aniquilação repetida pelos estímulos aos quais ele tem de reagir fisicamente e com uma integração forçada, contra os quais ele não tem defesas e não pode compreender; de deixarem-no cair quando ele está indefeso, não havendo limites ou controle. (Little, 1990, p. 88).

Para Winnicott, a regressão faz parte do processo de análise e é fundamental na clínica com pacientes em sofrimento psíquico grave. O autor mostra que a “regressão à dependência” ocorre a partir da existência de uma falha ambiental e de uma crença inconsciente – que pode tornar-se uma *esperança* consciente – de que, em algum momento futuro, haverá a oportunidade para uma nova experiência, na qual a situação de falha poderá ser revivida, agora, dentro de um ambiente capaz de prover a adaptação adequada.

Aqui, abre-se um parêntese com relação ao lugar que a esperança tem no pensamento winnicottiano. Ela é um conceito fundamental na maneira como Winnicott pensa o ser humano e o manejo da situação clínica. Safra (2003), ao falar sobre a esperança no trabalho de Winnicott, explica que ela é um elemento que sustenta o próprio movimento do *self* e que coloca o indivíduo no processo de constituição de si, em devir, em uma contínua busca pelo que ele necessita a fim de que possa se constituir como ser humano. Para Winnicott, o movimento de busca da experiência humana, que aparece como a esperança do por vir, é uma tendência no processo de desenvolvimento emocional do sujeito.

Voltando a questão da “regressão à dependência”, não é adequado utilizar o termo regressão, proposto por Winnicott, toda vez que um comportamento infantil se

faz presente. É necessário que se distinga a “regressão à dependência” do paciente regredido. A primeira está relacionada ao paciente que, estando em análise, regride à dependência em função da relação transferencial. O segundo está relacionado ao paciente que ainda não pôde alcançar a maturidade do desenvolvimento emocional, provavelmente por causa de uma falha ambiental precoce.

Na “regressão à dependência” há um retorno a um estágio inicial do desenvolvimento e tem-se como característica básica uma organização de ego e uma ameaça de caos, tornando-se necessário que o ego se organize para que o paciente possa enfrentar o caos que se anuncia. Em outras palavras, é preciso que o paciente tenha uma capacidade interna (organização interna) que o possibilite fazer uso do fato de estar regredido. Winnicott aponta para dois aspectos dessa organização: uma falha de adaptação por parte do ambiente que resulta no desenvolvimento do “falso *self*”, e uma crença na possibilidade de uma correção dessa falha original representada por uma capacidade latente de regressão que envolve uma complexa organização egóica.

A regressão ocorre dentro do contexto da relação transferencial, uma vez que o ambiente *holding* presente no *setting* analítico tenha sido estabelecido e o paciente seja capaz de depositar confiança no analista. O analista enquanto sujeito presente, mas não intrusivo, que espera e que respeita as defesas do paciente acena como esperança de um novo começo, de um “ser e continuar sendo”.

A regressão traz a possibilidade de corrigir uma adaptação inadequada à necessidade do paciente na sua infância precoce. O ambiente procura atender a necessidade do paciente expressa na transferência na situação analítica de retorno à situação inicial de fracasso ambiental e de uma possível experiência de provisão ambiental adequada.

Enquanto a análise clássica necessita que o analista interprete idéias e sentimentos de amor, de ódio, de ambivalência como aparecem na neurose de transferência, a análise com paciente em sofrimento psíquico grave exige que o analista seja capaz de suportar e de apoiar a regressão real à dependência infantil.

Diante disso, Winnicott introduz uma nova variedade clínica de transferência tendo a identificação primária como mecanismo fundamental, onde é esperado do analista que, em sua adaptação suficientemente boa, se transforme no objeto subjetivo de seu paciente. Assim, o analista é concebido segundo a necessidade de constituição e de amadurecimento do indivíduo que como objeto subjetivo dá suporte a esperança, o que leva Safra (2003) a afirmar que um dos lugares do analista na clínica psicanalítica é o de experiência de sonho, “sonho de si mesmo”.

Winnicott refere-se à relação transferencial nessa clínica da seguinte forma:

Uma das características da transferência neste estágio é o fato de que devemos permitir que o passado do paciente torne-se presente. (...) Enquanto na neurose de transferência o passado vem ao consultório, neste tipo de trabalho é mais correto dizermos que o presente retorna ao passado, e *é* o passado. O analista encontra-se, assim, confrontado com o processo primário do pacientes na situação em que esse processo tinha o seu valor original. (Winnicott, 1955-6, p. 396, grifo do autor).

Nesses casos, Winnicott (1960) traz para reflexão “a diferença entre a aceitação pelo analista da realidade da dependência, e seu trabalho com ela na transferência.” (p. 42). Nessas situações clínicas, a transferência é dominada pela necessidade do paciente de regredir à dependência infantil e as situações em que o ambiente falha aparecem na transferência, o que leva o paciente a reviver os estágios mais precoces na transferência com o analista.

Diante dessa situação clínica, Winnicott (1961) afirma que o desfecho bem sucedido da análise “depende não da compreensão, pelo paciente, do significado das defesas, mas sim de sua capacidade, através da análise e na transferência, de *reexperienciar esta ansiedade intolerável* em função da qual as defesas foram organizadas.” (p. 60, grifo do autor). Além da agonia, os “*colapsos clínicos reais da primeira infância* devem ser lembrados através de sua revivência na transferência.” (idem).

Winnicott (1963e) explica que, na clínica com pacientes em sofrimento psíquico grave, tem-se o medo clínico do colapso que, na verdade, “é o *medo de um colapso que já foi experienciado*”. O autor mostra que o medo do colapso é um medo da agonia primitiva e original (retorno a um estado não-integrado, cair para sempre, perda do conluio psicossomático, perda do senso do real, perda da capacidade de relacionar-se com objetos) “que provocou a organização de defesa que o paciente apresenta como síndrome da doença.” (p. 72, grifo do autor).

O intuito de Winnicott é chamar a atenção para a possibilidade de que o colapso já tenha acontecido e que, assim, o paciente precisa “lembrar”. Contudo, “não é possível lembrar algo que ainda não aconteceu, e esta coisa do passado não aconteceu ainda, porque o paciente não estava lá para que ela lhe acontecesse”. Dessa forma, a única maneira de o paciente “lembrar” é “experienciar esta coisa passada pela primeira vez no presente, ou seja, na transferência. Esta coisa passada e futura torna-se então uma questão do aqui e agora, e é experienciada pelo paciente pela primeira vez.” (p.74).

Winnicott revela que “existem momentos em que se precisa dizer a um paciente que o colapso, do qual o medo destrói-lhe a vida, *já aconteceu*”. O autor explica que a experiência original da agonia primitiva não pode cair no passado, a

menos que o ego possa primeiro reuni-la dentro de sua própria e atual experiência temporal e do controle onipotente agora, presumindo a função de apoio de ego auxiliar da mãe, ou do analista. (p. 73, grifo do autor).

Para Winnicott, em um tratamento bem sucedido, o paciente precisa pôr em cena o trauma ou o fracasso ambiental e experienciá-lo dentro da área de onipotência pessoal, o que é sempre uma vivência extremamente dolorosa para o paciente. A regressão a um estado de dependência extrema é um risco que o paciente só ousa enfrentar em uma condição de confiabilidade.

Dias (1999) afirma que as agonias impensáveis não podem pertencer ao passado a menos que possam ser experienciadas pela primeira vez no presente e que a necessidade específica do paciente é que, dessa vez, a falha aconteça e, com a ajuda do analista, seja percebida como falha do ambiente.

Nas palavras de Winnicott:

(...) se o paciente estiver preparado para algum tipo de aceitação deste tipo esquisito de verdade, de que o que ainda não foi experienciado apesar disso aconteceu no passado, irá se abrir o caminho para que a agonia seja experienciada na transferência, na reação às falhas e equívocos do analista. Em doses que não sejam excessivas, o paciente pode lidar com estas últimas, e explicar cada falha técnica do analista como contratransferência. Em outras palavras, o paciente gradualmente reúne o fracasso original do meio ambiente facilitador dentro de sua área de onipotência e da experiência de onipotência que pertence ao estado de dependência (fato transferencial). (Winnicott, 1963e, p. 73).

Little (1990), ao escrever não só do ponto de vista de uma paciente em sofrimento psíquico grave como também da perspectiva de uma psicanalista, resume que:

Do ponto de vista do analista, o valor da regressão para a dependência pode ser afirmado de um modo muito simples – *ela é um meio pelo qual*

se podem explorar as áreas onde predominam as ansiedades psicóticas, revelar experiências antigas, e reconhecer e resolver idéias ilusórias ocultas, através da associação transferência/contratransferência de analista e analisando, em fases positivas e negativas. Na prática, é claro, isso não é tão simples. (p.83, grifo da autora).

Por meio do exposto e das citações de Winnicott e de Little, percebe-se que a “regressão à dependência” possibilita alcançar pontos do desenvolvimento emocional do indivíduo em que estão cristalizadas experiências de agonias, de tal forma que essas experiências possam ser reveladas, presenciadas e testemunhadas na relação transferencial com o analista.

Além disso, a “regressão à dependência” permite a revelação de experiências vividas antes da capacidade de representar, em um período em que não existiam palavras, e que, assim, só podem ser lembradas pelo paciente por meio de experiências sensoriais não-verbais, já que são experiências marcadas na corporeidade do sujeito. A ênfase, então, está na noção de experiência por meio da qual as experiências podem ser vividas e referidas, a história de vida do paciente.

Por fim, a “regressão à dependência” permite que o paciente perceba que uma determinada falha ambiental ocorreu a partir do meio ambiente e não a partir de si mesmo, por meio de sua experiência de onipotência que tende a incorporar a falha do ambiente dentro de sua onipotência. Daí a importância da utilização do erro do analista, a partir do qual o paciente pode reconhecer não só a falha do analista como a falha do ambiente, sem se responsabilizar por elas.

O USO TERAPÊUTICO DA FALHA DO ANALISTA

Nas situações de “regressão à dependência”, a análise reativa um momento de dependência e o próprio analista se envolve no papel do fracasso se transformando nos pais/ambiente que falharam/falhou.

Winnicott (1962-63b) revela que a falha do analista na transferência é um componente essencial e ela traz uma reordenação das situações de falha precoce. As falhas do analista podem ser pequenas, induzidas pelo paciente ou produzidas por elementos transferenciais delirantes. Com essa falha, tem-se um processo importante na análise: o paciente pode odiar “o analista pela falha que originalmente ocorreu como um fator ambiental, fora da área de controle onipotente pelo lactante, mas que *agora* é apresentada na transferência.” (p. 233, grifo do autor). Dessa forma, o analista tem êxito por falhar no sentido do paciente.

Winnicott chama atenção para o fato de que no momento em que o paciente se apodera da falha original e se zanga com ela, ele também pode usar as falhas do analista. Essa falha deve ser tratada como uma falha antiga e o analista precisa usar suas falhas em termos de significação para o paciente, sendo necessário que o analista assuma responsabilidade sobre suas falhas. Se o analista se defende, “o paciente perde a chance de zangar-se com uma falha passada justamente no momento em que a raiva tornou-se possível pela primeira vez.” (Winnicott, 1955-6, p. 397).

O analista deve procurar os seus próprios erros toda vez que surge uma resistência, pois é somente pela utilização de seus erros que ele pode realizar a parte mais importante do trabalho: possibilitar que o paciente sinta raiva das falhas ambientais que provocaram rupturas na continuidade do ser. Segundo Winnicott, essa parte do trabalho é a que liberta o paciente da dependência ao analista.

Observa-se então que um dos lugares do analista nessa clínica é o lugar da mãe/ambiente que originalmente falhou nos cuidados de seu bebê. Uma das implicações do analista ao ocupar esse lugar é a possibilidade do paciente experienciar os afetos oriundos dessa situação e, não sendo retaliado, poder iniciar o uso do analista.

Winnicott alerta que esse é um trabalho que exige muito do analista. O analista deve ser sensível às necessidades do paciente e estar disposto a fornecer uma situação que dê conta dessas necessidades, já que o analista não é a mãe natural do paciente. Além disso, o analista deve procurar os seus próprios erros toda vez que surge uma resistência, pois é somente pela utilização de suas falhas que ele pode realizar a parte mais importante do trabalho, possibilitando que o paciente sinta raiva das falhas ambientais que provocaram rupturas na continuidade do ser.

As concepções de Winnicott e o estudo de algumas das especificidades da relação transferencial na clínica com pacientes em sofrimento psíquico grave enviam ao questionamento da utilização da interpretação como o único e o exclusivo recurso técnico empregado pelo analista. Pôde-se perceber que a ferramenta clássica da psicanálise é um instrumento pouco adequado em alguns momentos da clínica com pacientes em sofrimento psíquico grave. Com base nisso, a parte seguinte da dissertação visa aprofundar a discussão a cerca da relação transferencial para além dos limites da técnica da interpretação.

CAPÍTULO 04 - A RELAÇÃO TRANSFERENCIAL PARA ALÉM DA INTERPRETAÇÃO

O limite da interpretação não é o limite da análise. Ao tentar vencer os limites da interpretação, ampliamos o processo analítico, incluindo fenômenos que, mesmo se já presentes antes de maneira implícita, careciam de força e legitimidade. (Uchitel, 1997, p.152).

O fato de a psicanálise fazer da linguagem o seu material privilegiado, e da interpretação a sua técnica de trabalho pode levar à idéia de que ela negligencia os aspectos sensoriais não-verbais da transferência, privilegiando exclusivamente o âmbito verbal. Alguns psicanalistas tendem a circunscrever a experiência analítica a uma leitura das representações e dos significantes dos processos psíquicos, excluindo do campo psicanalítico o que não é passível de representação no âmbito da linguagem. Dessa forma, o lugar do analista fica sendo exclusivamente o de intérprete.

Contudo, Freud (1937b) já havia enfatizado que o uso da transferência deve sempre visar à totalidade do tratamento e não ao ato interpretativo em si, compreendendo que o trabalho interpretativo deve estar a serviço do paciente, originando dele e destinado a ele. Nesse sentido, Roudinesco e Plon (1998) explicam que Freud, tentando temperar a onipotência da interpretação no processo analítico, propôs uma ampliação em seu campo de escuta, seguindo em direção a um outro processo: o da construção. O processo de construção não exclui o trabalho interpretativo, mas é dirigido ao que não é lembrado, ao irrepresentável, levando assim à questão das possibilidades e dos limites da interpretação e do que pode ser interpretável no processo de análise.

Embora haja uma expectativa de prevalência do verbal na análise, tanto da parte do analista quanto do paciente, existe continuamente um outro nível de comunicação – o não-verbal – que pode sustentar, negar ou impedir o trabalho analítico. Na clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave, o analista é enviado constantemente aos limites da técnica da interpretação e aos níveis sensoriais não-verbais. Diante disso, alguns analistas, em especial os que se dedicam à análise de crianças e ao estudo da constituição psíquica do sujeito, geram contribuições ao estudo da relação transferencial fora dos parâmetros lingüísticos.

Winnicott é um desses autores que, ao destacar vários aspectos no processo de análise como o *holding*, a “regressão à dependência”, o uso terapêutico da falha do analista revela a importância do vínculo não-verbal e amplia o papel do analista para além da interpretação. Esse autor realiza uma distinção fundamental entre um recurso técnico, no caso a interpretação, e a realização de um trabalho de análise:

A análise não consiste apenas no exercício de uma técnica. É algo que nos tornamos capazes de fazer quando alcançamos um certo estágio na aquisição da técnica básica. Aquilo que passamos a poder fazer é cooperar com o paciente no seguimento de um *processo*, processo este que em cada paciente possui o seu próprio ritmo e caminha no seu próprio rumo. Todos os aspectos importantes desse processo originam-se no paciente, e não em nós enquanto analistas. (Winnicott, 1954-5, p. 374, grifo do autor).

Nesta parte da dissertação, são discutidas algumas das contribuições de Winnicott, buscando-se refletir sobre o lugar do analista na relação transferencial para além da interpretação. É ressaltada a questão do uso de objetos e sua influência sobre a técnica da interpretação, a importância da sobrevivência do analista e o desenvolvimento da capacidade de brincar. Também é apresentado o caso clínico de Leonardo, no qual a transferência é marcada pela destruição e pela sobrevivência da

analista, ilustrando a importância do trabalho transferencial para além das interpretações verbais.

O USO DE OBJETOS E SUA INFLUÊNCIA SOBRE A TÉCNICA DA INTERPRETAÇÃO

As interpretações não eram feitas como se eu tivesse acesso à função simbólica, quando eu não tinha. (Little, 1990, p.50).

Winnicott (1968b) afirma que o paciente não apenas transfere como também usa criativamente o analista. O papel do analista é ser usado pelo sujeito, sendo o uso um fenômeno ambiental e não apenas uma projeção, o analista então funciona como objeto e ambiente. Contudo, para usar um objeto, é necessário ter desenvolvido a capacidade de usar objetos, o que faz parte da mudança para o princípio da realidade, é uma conquista no crescimento emocional e depende de um meio ambiente facilitador.

Na ausência de um “ambiente suficientemente bom”, o bebê pode não adquirir a capacidade de usar objetos. Quando isso ocorre, o papel do analista é então o de fornecer um ambiente *holding* que possibilite a criança o desenvolvimento da capacidade de usar o analista, passando assim da relação ao uso do analista.

Do ponto de vista do desenvolvimento seqüencial, tem-se primeiro a relação e depois o uso. Entre o relacionamento e o uso existe a colocação, pelo sujeito, do objeto fora da área de seu controle onipotente, isto é, a percepção do objeto como fenômeno externo. Quando Winnicott fala de uso de um objeto, ele pressupõe como dada a relação de objeto, mas acrescenta novas características relacionadas à natureza e ao comportamento do objeto. Isso porque, o objeto para ser usado, deve ser

necessariamente real, no sentido de fazer parte da realidade partilhada, e não ser um feixe de projeções.

Ao se interessar pelo desenvolvimento e estabelecimento da capacidade de usar objetos, Winnicott (1968b) esclarece que o sujeito precisa: 1) relacionar-se com o objeto; 2) tem de encontrar o objeto; 3) tem de destruir o objeto (com a não-retaliação do objeto); 4) o objeto tem de sobreviver à destruição e, só assim, 5) o sujeito pode usar o objeto.

Percebe-se que a mudança do relacionamento para o uso de objeto está relacionada à destruição do objeto pelo sujeito. Contudo, o bebê só pode destruir o objeto na medida em que não há risco do objeto sucumbir. Se o bebê sente que precisa proteger o objeto devido à sua fragilidade, ele não o destruirá e não chegará a relacionar-se com o objeto externo real, usando-o, amando-o ou odiando-o.

A destruição, em Winnicott, desempenha um papel na criação da realidade. Para que o bebê perceba o mundo objetivamente, ele deve experienciar o objeto que sobrevive à sua destrutividade. A sobrevivência do objeto conduz ao uso do objeto. E o uso do objeto conduz à separação de dois fenômenos distintos: a fantasia e a localização real do objeto fora da área de projeção. Assim, os objetos são destruídos por serem reais e são reais por terem sido destruídos.

Ao transpor o desenvolvimento da capacidade de usar objetos para o *setting* analítico, observa-se que o analista precisa funcionar como “mãe suficientemente boa”, permitindo-se ser alvo da agressividade do paciente e sobrevivendo a ela. A sobrevivência do analista, expressa principalmente na manutenção do *setting* analítico, permite que o paciente desenvolva a capacidade de usar objetos. O analista, nesse momento como mãe/ambiente, ao não retaliar o ataque, permite também que o paciente

o coloque fora de sua área de onipotência, situação que instaura a realidade externa e a fantasia.

Dias (2002) ressalta que o sobreviver significa dar continuidade ao que se inicia, preservando a qualidade da relação e do ambiente, sem retaliação. É, sobretudo, não sucumbir às turbulências próprias do estar vivo e do amadurecimento do paciente, inclusive às que incluem destruição. É manter o cuidado com o paciente, a despeito de seus próprios estados de ânimo, orientado pelas necessidades dele. Enfim, é manter-se vivo e permanecer sustentando a situação durante o tempo necessário para o processo do paciente.

Dias também chama atenção para o fato de que, provavelmente, um dos maiores desafios para a capacidade de sobreviver do analista seja a situação do paciente que precisa regredir à dependência. Nessa situação, “deixar ser” pode significar “deixar não-ser”. Nesse momento, a sobrevivência do analista é fundamental e não se pode esquecer o quanto é arriscado para o paciente expor-se à dependência e a um novo início de esperança.

Segundo Winnicott (1945), muitos casos considerados inadequados para a análise “são realmente inadequados, se não soubermos lidar com as dificuldades surgidas na transferência em razão da falta essencial de uma verdadeira relação com a realidade externa.” (p. 227). E ainda que “na prática psicanalítica, as mudanças positivas que ocorrem nessa área podem ser profundas. Elas não dependem do trabalho interpretativo, mas sim da sobrevivência do analista aos ataques, que envolve e inclui a idéia da ausência de uma mudança de qualidade para a retaliação.” (Winnicott, 1968b, p. 175).

A sobrevivência do analista é um elemento que perpassa a clínica psicanalítica. Contudo, nos casos de pacientes em sofrimento psíquico grave, ela se faz absolutamente imprescindível na transferência com o analista, como será observado no caso de Leonardo.

A questão da destruição e da sobrevivência do analista também pode ser ilustrada pela citação de Little sobre seu processo de análise com Winnicott, na qual ela relata que:

Pude renunciar gradualmente à minha onipotência e ao meu *self* falso, “guardião”, e, contando com seu “apoio” (“*holding*”), reviver minha infância traumática. Eventualmente pude, de modo imaginoso, destruir e ser destruída por ele (novamente a mesma coisa) e depois, descobrindo que ambos havíamos sobrevivido, usá-lo e ser útil para ele. (Little, 1990, p.93).

Essa passagem de Little carrega um conteúdo complexo que condensa aspectos fundamentais de seu processo de análise. Safra (2004c), ao realizar o estudo desse relato de Little, revela que ele possui quatro momentos distintos do processo de Little: o tempo em que ela abdica de sua experiência de onipotência defensiva; a possibilidade de reviver a experiência traumática; o momento de se abrir para a experiência de destruir e de ser destruída; e, por fim, a possibilidade de usar o analista.

Essa experiência de destruir demonstra a aplicação das idéias de Winnicott a cerca da importância da destruição e da sobrevivência do analista como elemento constitutivo que possibilita a colocação do analista fora da experiência de onipotência do paciente. Safra ressalta que a destruição, nesse caso, não está na dimensão da pulsão de morte e, sim, na dimensão constitutiva do sujeito. Uma dimensão que tem importância não apenas no processo de constituição como também no processo analítico de Little, a partir da qual a experiência de alteridade pôde acontecer.

Winnicott (1963a), ao examinar a comunicação e a capacidade de se comunicar, mostra que a interpretação do analista precisa estar intimamente ligada às relações objetais do paciente. O autor afirma que a interpretação do analista para ter efeito deve estar relacionada à capacidade que o paciente tem de situar o analista fora da área dos fenômenos subjetivos. Quando o paciente ainda não pode situar o analista como estando fora de seu alcance onipotente, o trabalho do analista deverá se dar por outro meio permitindo que essa mudança possa ocorrer. Assim, Winnicott relaciona a interpretação com a capacidade de o paciente poder usar ou apenas se relacionar com o analista.

Quando o paciente “relaciona” com o analista, ele é visto como um objeto subjetivo. “Na medida em que o objeto é subjetivo, é desnecessário que a comunicação seja explícita.” (Winnicott, 1963a, p. 166). Isso leva Winnicott a concluir que: “uma psicoterapia de tipo profundo pode ser efetuada sem trabalho interpretativo” e que “no trabalho que estou descrevendo, o *setting* se torna mais importante do que a interpretação”, o que será ilustrado com o relato do estudo clínico de Leonardo. (Winnicott, 1955, p. 395).

Por outro lado, quando o analista passa de um objeto subjetivo para um objeto percebido objetivamente, a interpretação passa a ter efeito. Contudo, Winnicott (1963a) chama atenção para dois aspectos que ocorrem nesse caso: 1) a utilização e a apreciação pelo indivíduo dos modos de comunicação, e 2) o eu do indivíduo que não se comunica ou o núcleo pessoal do eu que é um isolado autêntico. Com isso, o autor se refere à fantasia de ser descoberto, à ameaça ao ser humano em sua necessidade de ser secretamente isolado e à “necessidade urgente de se comunicar e a necessidade ainda mais urgente de não ser decifrado.” (p. 168).

Para Winnicott (1963a), a criança estabelece um eu privado que não se comunica, mas, ao mesmo tempo, quer se comunicar e ser encontrado. O autor coloca que é um sofisticado jogo de esconder, em que “é uma alegria estar escondido mas um desastre não ser achado.” (p. 169). Com isso, Winnicott está chamando atenção para o cuidado que se deve ter na análise com o fato de que, embora as pessoas se comuniquem e apreciem comunicar, é igualmente verdadeiro “*que cada indivíduo é isolado, permanentemente sem se comunicar, permanentemente desconhecido, na realidade nunca encontrado.*” Enfim, que “no centro de cada pessoa há um elemento não-comunicável, e isto é sagrado e merece muito ser preservado.” (p. 170, grifo do autor).

Winnicott afirma que a implicação disso para a técnica psicanalítica é o fato de o analista precisar admitir a não-comunicação como uma contribuição positiva, devendo-se interrogar se sua técnica permite ao paciente comunicar que não está se comunicando. Para Abram (1996), isso modifica os fundamentos da psicanálise. Enquanto Freud defendia a necessidade do paciente de associar livremente e dizer tudo, Winnicott entende que o analista deve respeitar a necessidade do *self* privado do paciente de não comunicar-se.

Ao examinar a técnica da interpretação, Winnicott (1968a) afirma que “o propósito da interpretação deve incluir um sentimento que o analista tem de que foi feita uma comunicação que precisa ser reconhecida.” (p. 164). O analista, então, reflete de volta o que o paciente comunica, o que evita, inclusive, confusões e dá oportunidade de corrigir mal entendidos.

No entanto, Winnicott alerta para as interpretações baseadas no material fornecido no dia determinado pelo paciente e não no conhecimento acumulado pelo

analista. Essas são interpretações inúteis ao paciente. Nesses casos, “o analista pode parecer muito esperto, e o paciente pode expressar admiração, mas no final a interpretação correta é um trauma, que o paciente tem que rejeitar, porque não é sua.” (Winnicott, 1960, p. 50).

Para Winnicott (1988), uma interpretação correta e oportuna produz uma sensação no paciente de ser fisicamente seguro, que é mais real do que ser concretamente embalado ou posto no colo. Por meio da interpretação, o analista “embala o paciente fisicamente no passado, ou seja, na época em que havia necessidade de estar no colo, quando o amor significava adaptação e cuidados físicos.” (p.80).

Caminhando nesse sentido, Mano (2006), ao utilizar a alegoria da estória dos Três Porquinhos, ilustra que a interpretação tem efeitos de experiência. A interpretação, enquanto sopro do analista, “tanto pode ser experimentada pelo paciente como uma brisa aconchegante e acalentadora, como também como um barulho que perfura a membrana do tímpano ou ainda como um vendaval ameaçador e desestruturante.” (p.58).

Com relação ao momento da interpretação, Winnicott afirma que o analista deve demonstrar sua compreensão sobre o processo do paciente pela interpretação daquilo que o paciente está justamente em condições de admitir conscientemente.

Acho que o mais cedo possível é o melhor momento para uma interpretação, quero dizer o *momento mais cedo em que o material torne claro o que interpretar*. Contudo, sou econômico em minha interpretação e se não estou certo do que interpretar não hesito em esperar por algum tempo. Ao fazê-lo me vejo envolvido em uma fase introdutória ou preparatória, brincando, construindo com a criança ou simplesmente sendo anulado, desperdiçado. Estaria preocupado, contudo, com uma coisa apenas, a procura do indício que torne possível a interpretação que seja apropriada para aquele momento, a interpretação que promova uma mudança de ênfase na transferência inconsciente. (Winnicott, 1958, p. 112).

Winnicott (1968b) afirma que devido a sua necessidade pessoal de interpretar demorou anos para se tornar “capaz de esperar e esperar a evolução natural da transferência que surge da confiança crescente do paciente na técnica e no *setting* psicanalíticos e evitar romper este processo natural efetuando interpretações.” (p. 171). Para ele, se o analista puder esperar, o paciente chega ao entendimento de modo criativo.

Diante dessas idéias, percebe-se que Winnicott desenvolve um caminho próprio na clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave. Enquanto, Klein desenvolve uma ação interpretativa de extrair e de conferir sentido simbólico mesmo na presença de comportamentos não representativos, Winnicott mostra que essa postura reduz a possibilidade do surgimento de significações novas e propõe tipos diferentes de intervenções que privilegiam a criatividade e a singularidade tanto do analista quanto da criança.

Com essa postura, Winnicott não adota o lugar do analista intérprete. Para ele, o mais importante é o brincar junto e a capacidade de brincar do paciente. Assim, a tarefa do analista é criar um espaço dentro do qual o sujeito possa ser capaz de descobrir algo sobre si próprio, capaz de ter uma existência pessoal e poder constituir, o que Winnicott denomina de “continuidade do ser”. Compartilhando das idéias de Winnicott, passa-se agora para a descrição do estudo clínico de Leonardo.

HISTÓRIA CLÍNICA

Leonardo é uma criança de treze anos. É encaminhado à analista com o pedido de realizar uma reavaliação psicológica. Os pais questionam o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), recebido quando o filho tinha seis anos de idade, e com o qual a família convive. O núcleo familiar é composto pelo pai, pela mãe e pelo irmão mais velho de quatorze anos.

Nas entrevistas iniciais, os pais relatam que até os cinco anos de idade a criança não apresentava problemas. Nessa idade, a família volta para o Brasil e a criança fica sem frequentar a escola, por um período de seis meses, pois estava adiantada em relação às crianças de sua faixa etária.

Ao voltar para escola, ainda com seis anos, Leonardo começa a apresentar dificuldades de aprendizagem e de concentração. Nessa época, sua professora se queixa de que a criança não sabe ler e que passa a maior parte do tempo desatenta e agitada. Essa queixa deixa a mãe perplexa, pois a criança já havia aprendido a ler. A criança é encaminhada para uma psicóloga que realiza um trabalho psicoterápico por aproximadamente seis meses. Com o fim do ano letivo, o tratamento com a psicóloga é interrompido.

Dos sete aos nove anos a criança continua apresentando baixo rendimento escolar, dificuldade de atenção e hiperatividade. A mãe recorda desse período como de muito cansaço. Segundo ela, tinha de permanecer com o filho até tarde fazendo tarefas escolares, e os momentos com ele eram sempre estressantes. A queixa principal dos pais é de cansaço e de desespero face à incapacidade do filho de aprender e de se relacionar com as pessoas.

Na escola a criança não interage com os professores e com os outros alunos, fica sempre coberta com o capuz do casaco, tem o olhar cabisbaixo, triste e não gosta

quando alguém faz qualquer tipo de contato físico ou interação social. Leonardo também não realiza anotações no caderno; tem dificuldade na escrita. Praticamente não escreve e, quando o faz, utiliza frases incompletas, inteligíveis e incorretas. Não gosta de participar de atividades em grupo ou dos eventos escolares. A queixa dos professores é que a criança não presta atenção nas aulas e fica grande parte do tempo manuseando brinquedos ou construindo origamis.

Aos dez anos de idade, e na quarta série do ensino fundamental, Leonardo continua apresentando os mesmos problemas. A mãe resolve procurar novamente a psicóloga anterior. A profissional solicita vários exames neurológicos que tiveram resultados normais. O diagnóstico de TDHA é novamente fornecido e a criança é encaminhada para o psiquiatra. Leonardo fora medicado com Ritalina durante um ano.

Aos onze anos, e na ausência de mudanças significativas, a psicóloga encaminha a criança para o grupo de pesquisa do Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise da Universidade de Brasília com o intuito de se realizar mais uma avaliação psicológica do caso.

Após os encontros iniciais, o tratamento aconselhado é a psicoterapia individual e o acompanhamento psicopedagógico. Com o decorrer do tratamento, também é indicado o Acompanhamento Terapêutico (AT) visando à socialização da criança.

O ENCONTRO COM LEONARDO

Nas primeiras sessões, Leonardo chega aos atendimentos com um aspecto de desânimo, sempre cabisbaixo, sem olhar para a analista e para os brinquedos. Às vezes

reclama que não está se sentindo bem, que está com dores nas costas, de cabeça e se mostra sonolento. Normalmente, Leonardo chega, senta, olha para os materiais que se encontram em cima da mesa e depois de um tempo faz algum desenho. Geralmente permanece calado, quase não olha para a analista e para a sala e, quando o faz, é um olhar triste e, ao mesmo tempo, de desdém.

Nesse primeiro momento, a posição da criança é de não-envolvimento. Ela observa os objetos de forma distante e procura demonstrar que não necessita do outro. Quando a analista fala ou pergunta algo, Leonardo não continua a conversa, não responde e, quando o faz, responde: “não sei”. Em alguns momentos, a criança também emite sons metalizados e pouco sonoros.

A perfeição dos desenhos é algo que chama atenção de imediato da analista. Quando pergunta do que tratam as gravuras, a criança não responde e, quando o faz, diz: “nossa como você é burra, não percebe que são desenhos simples, não tem nada para ser dito”. Porém, os desenhos não são nada simples. A criança faz figuras complexas e com diversas cenas. Em um dos desenhos, a título de exemplo, Leonardo constrói um navio que possui diversos robôs, entre eles um “robô martelo” (um robô em formato de martelo). Ao bater o martelo, o robô pressiona um balão e assim é enviado um jato de água em direção ao céu.

Nesse momento, a analista permanece calada e desenhando ao lado da criança. Após algumas sessões, a criança começa a emitir sons metalizados enquanto desenha. A analista resolve repetir os sons produzidos pela criança. Dessa forma, surge um jogo com sons na ausência da comunicação verbal. Enquanto a criança desenha e emite os sons, eles são intercalados pelos sons vindos da analista. Quando a analista não

responde a esses sons, a criança os intensifica e olha para a analista, reprimindo-a por não continuar com a imitação.

Após algumas sessões, Leonardo passa a dar nomes para seus desenhos e para os brinquedos da sala, solicitando que a analista responda quais são os nomes dados, exercendo um controle onipotente. Se a analista erra o nome atribuído, é imediatamente corrigida de forma severa, porém criativa. É como se as palavras pronunciadas possuíssem uma força própria. Leonardo fica furioso quando a analista esquece ou troca os nomes dos desenhos ou dos brinquedos, pois sem seus nomes as brincadeiras deixam de existir, não podendo ser resgatadas por sinônimos ou por explicações do que significam, mas apenas pela palavra certa.

Em uma das sessões em que a analista esquece o nome do “amigo caramujo” e passa a descrevê-lo, Leonardo se irrita e diz: “Como você é estúpida! Uma lesma com um caracol em cima (tentativa de explicação da analista) nunca vai poder ser a mesma coisa que o amigo caramujo. Você nunca vai aprender que se não disser o nome dele, ele nunca vai aparecer”.

Com relação à linguagem, ao mesmo tempo em que Leonardo mostra uma acentuada precocidade no seu vocabulário, conjuga os verbos no tempo certo e conhece nomes de instrumentos médicos, de doenças e do sistema auditivo, sua linguagem é desorganizada e rápida. Outro fato que chama atenção é o pensamento de Leonardo; seu raciocínio é rápido e retruca as frases da analista, deixando-a muitas vezes confusa e surpresa.

Uma das características mais significativas dessa criança é sua criatividade. Desde as primeiras sessões ela mostra seu potencial de criação e de transformação das coisas. Com o papel faz diversos tipos de origamis, faz desenhos com formas perfeitas

e, depois, com os legos, ele constrói os mais variados circuitos, robôs, aviões. Durante as sessões, com o passar do tempo, a criatividade vai ganhando mais força, as fantasias cada vez mais ricas e a criança passar a utilizar toda a sala, dos brinquedos aos móveis, para expressar suas fantasias.

Após as sessões iniciais, a analista passa a observar uma característica fundamental de Leonardo: a capacidade de se concentrar em atividades espontâneas, como desenhos e brincadeiras propostas por ele na relação transferencial com a analista. Paradoxalmente, por mais que a escola e os pais reclamassem da falta de atenção de Leonardo, durante as sessões a criança permanece a maior parte do tempo desenhando em silêncio e de forma concentrada. Essa observação causa certo estranhamento na analista, já que ela contrasta com o diagnóstico de TDHA, cujos sintomas primordiais são a falta de concentração e a hiperatividade. Percebe-se então que, no ambiente escolar, a criança apresenta esses sintomas, mas no ambiente terapêutico eles estão ausentes.

Nota-se também a presença de uma desorganização de pensamento e isolamento afetivo. Leonardo tem dificuldades em se expressar e de colocar em palavras o que pensa e sente. Nos contatos sociais, ele não se envolve emocionalmente e demonstra desinteresse pelo contato com o outro. A preferência é por ficar isolado e não ser perturbado por ninguém em suas brincadeiras solitárias.

Apesar do baixo rendimento escolar, percebe-se que Leonardo apresenta um alto potencial intelectual, criativo e de concentração. A criança apresenta desenhos e brincadeiras originais, além de um raciocínio rápido e de concentração no desenvolvimento das atividades. Percebe-se que a suposta falta de concentração está mais relacionada ao processo de aprendizagem escolar e à relação professor-criança.

Nessa fase, a relação transferencial é marcada pelo lugar ocupado pela analista, primeiramente o de estar junto da criança sem participar de suas brincadeiras e depois o de reverberar os sons da criança. Dessa forma, a analista tenta criar um ambiente *holding* sonoro a partir do qual se mostra disponível para ser incluída na brincadeira da criança, sem ser intrusiva.

A analista se coloca à disposição do paciente, disposição de ouvir e de ficar em silêncio, sem falas excessivas que possam inibir a criança e aquilo que ela precisa vivenciar, tentando proporcionar um ambiente acolhedor e, ao mesmo tempo, estar em contato com o paciente, acompanhando suas brincadeiras e suas experiências. A analista permanece mais quieta e em silêncio, já que a criança rejeita qualquer ação por parte dela. Quando a analista fala algo, a criança aumenta a frequência e a intensidade de seus sons ou então diz: “fica calada”, “está incomodando” ou “está atrapalhando”.

A RELAÇÃO TRANSFERENCIAL MARCADA PELA DESTRUIÇÃO E PELA SOBREVIVÊNCIA DA ANALISTA

Somente muito tempo depois percebi que a própria destruição era uma criação, porque a destruição e a criação são inseparáveis – não se pode pintar um quadro sem destruir uma tela branca e tubos de tinta. (Little, 1990, p.62).

Em uma das sessões, a bola de basquete chama a atenção de Leonardo. Depois de desenhar, ele resolve brincar com a bola emitindo os sons que são intercalados pela analista. Ela resolve imitar a criança pegando a outra bola que se encontra na sala. Quando Leonardo percebe que a analista está com a outra bola, ele a toma para si e diz que está atrapalhando. A analista volta a ficar sentada repetindo os sons da criança que permanece o resto da sessão brincando com a bola.

Na sessão seguinte, Leonardo busca imediatamente a bola e retoma a brincadeira da última sessão. Depois de algum tempo brincando sozinho com a bola, ele se aproxima da analista e arremessa a bola na direção dela. Como ele joga a bola com muita força, a analista intervém dizendo que ele pode brincar de machucar, mas que não pode machucar a si mesmo ou a analista. A criança retruca dizendo que a analista é chata, que ela não serve para nada e que duvida que ela consiga tomar a bola dele. Assim, é iniciada uma disputa, na qual Leonardo não deixa a analista pegar a bola e, ao mesmo tempo, passa a agredir verbalmente a analista, dizendo: “você é muito burra, não consegue nem encostar na bola”. Quanto mais a analista reclama e se mostra com raiva por não conseguir encostar na bola, mais Leonardo fica empolgado com a disputa, que se transforma em um jogo.

Nas sessões seguintes, a criança cria regras para a disputa, passa a burlar as próprias regras e a fornecer pontuações para o jogo. A analista nunca consegue marcar pontos e a criança aumenta suas agressões verbais. Nas situações em que a analista marca um ponto, a criança prefere retirar um dos seus próprios pontos do que a analista ficar com um ponto. Dessa forma, a analista fica com a mesma pontuação, ou seja, continuamente com zero no placar. A partir desse jogo, tem-se uma importante mudança na relação transferencial: a analista passa a ser convidada pela criança a jogar.

Depois de algumas sessões jogando bola, Leonardo cria a “batalha de fortes”, nome que dá à brincadeira que consiste em um destruir o forte do outro. Assim, a “disputa” pela bola se transforma na “disputa” pela destruição do forte, na qual apenas o forte da analista é destruído.

No início das sessões, antes do começo da guerra, cada um deve construir um forte. Leonardo chega no consultório, junta rapidamente os materiais para construir seu

forte e inicia sua construção. Ao mesmo tempo, a criança controla todos os materiais utilizados pela analista na construção do outro forte, de forma que ele fique frágil e não ameace destruir o forte da criança.

Na construção dos fortes, Leonardo utiliza não apenas os brinquedos da sala, mas também os móveis – as mesas e as cadeiras – , usando geralmente objetos duros e resistentes. A analista, por outro lado, pode usar apenas os colchonetes e os objetos pequenos, leves e macios. O espaço físico do consultório se transforma em um campo de batalha visivelmente dividido em duas partes, uma a ser destruída e a outra a destruir.

Nesse momento, as fantasias da criança estão a todo vapor. Leonardo derrete todo o forte da analista com o “amigo ferro”, parte-o ao meio com a “amiga espada”, explode-o jogando bolas que são bombas de gás lacrimogêneo. A criança também está mais expansiva e utiliza melhor o espaço físico da sala em suas brincadeiras. Leonardo começa a mostrar estados de excitação motora, com livre expressão verbal a ricas fantasias.

Um aspecto que chama a atenção nas brincadeiras de Leonardo é o fato de ele atribuir características de seres animados a seres inanimados. Ele cria o “amigo martelo”, o “amigo ferro”, a “amiga arara” e o “amigo jacaré”, e em outras situações ele diz que “a casa está vomitando todos os animais que ela devorou” ou que “esse armário não pára de peidar”.

Após destruir o forte da analista, Leonardo destrói a própria analista. Isso acontece de diversas formas e enredos: a analista é fatiada com a espada, transformada em *sushi*, comida por uma mosca e depois defecada; é explodida por uma bomba, transformada em pó, dissolvida em água, bebida pelo “amigo jacaré”, saída em forma de

fezes e jogada no esgoto, podendo permanecer no esgoto por algumas sessões ou ser eletrocutada com um choque de 3.000 volts.

Junto às brincadeiras de “batalha de fortes”, Leonardo introduz “o que é o que é?”, jogo que ele faz perguntas impossíveis para a analista responder. Ao não acertar ou não responder, o que é freqüente, a analista deve “pagar mico”. As perguntas de Leonardo são desafios invencíveis como, por exemplo, adivinhar de olhos fechados qual a seqüência de cores que ele pinta os dedos da analista.

Além disso, ele passa a criar armadilhas para “sacanear” a analista como, por exemplo, utilizar o telefone para se comunicar e para enviar a analista para o esgoto. A criança normalmente faz “trim, trim” para a analista perceber que ele quer usar o telefone. Ele certifica-se de que ela está na linha e diz: “o que é o que é que te suga e te manda para um lugar fedorento? O telefone! Tchau, tchau esgotinha”. E a analista é jogada no esgoto. Ou ainda pintar o telefone com tinta fresca e dizer que a amiga arara quer falar com ela.

Ao final de uma sessão em que Leonardo destrói a analista, ele pergunta: “Qual o cúmulo do sofrimento?” Como ela não sabe responder, ele retruca jogando um balde de legos na analista e diz: “É escorregar no tobogã de gilete, cair em uma piscina de sal grosso e enxugar com uma toalha de merthiolate”. Quando a analista diz que isso é horrível, a criança retruca: “É, e você está passando por isso.”.

Junto com essas brincadeiras, Leonardo continua agredindo verbalmente a analista e tentando arremessar os brinquedos nela com força. Antes, a criança agredia verbalmente a analista, mas isso já não é suficiente. Leonardo passa a agredir fisicamente a analista e a sentir necessidade de quebrar os brinquedos da sala. A criança se mostra muito confusa, não consegue representar que está jogando os objetos na

analista, precisa realmente jogar. Muitas vezes, a analista precisa interromper as brincadeiras de forma abrupta, dizendo que não pode machucar e ferir de verdade, mas que pode brincar de machucar e de destruir.

A analista passa a enfrentar o desafio de demonstrar para Leonardo que ele pode agredi-la de maneira simbólica, isto é, sem ter de realmente destruí-la. Aos poucos, Leonardo vai conseguindo representar sua raiva e sua agressividade. Ele passa a arremessar os brinquedos devagar e conseguir representar, em vez de fazer. Assim, em vez de sujar a analista com tinta, ele consegue derramar os brinquedos em cima dela e dizer que são tintas e que ela está toda suja ou bater com a vassoura no chão e não mais na analista.

As brincadeiras e as fantasias são muito intensas, fortes e misturadas à realidade. Têm em si algo de onipotente e de onipresente, com pouca conexão com o cotidiano e fora das relações com os outros, com o mundo e com si mesmo.

A relação transferencial evidencia uma constante confusão entre o mundo interno fantasioso e a realidade externa. A analista percebe que Leonardo vive e se perde dentro de seu mundo fantasioso. E, muitas vezes, a analista se vê perdida e sem saber o quê fazer dentro desse mundo. Existe uma dificuldade de a analista enxergar o que está por baixo das fantasias inconscientes no momento em que a criança as traz.

Nas supervisões, a analista relata o seu estado de desamparo face à impossibilidade de compreender a fala da criança. Na relação com Leonardo, ela se vê entregue ao *nonsense* de uma linguagem aparentemente incompreensível, impedida de conferir sentido à fala da criança. Para a analista, recordar a enxurrada de palavras, associações e assuntos emitidos pela criança é tarefa quase impossível.

Apesar de, no momento da análise, o material trazido desafiar a interpretação, em momento posterior, ao reler as anotações sobre o caso ou ao discuti-lo nas supervisões clínicas, é possível encontrar um sentido nas associações da criança. A analista percebe então que Leonardo constrói uma realidade externa colorida e impregnada de fantasia por intermédio da qual ela pode compreender a realidade psíquica dele.

Com uma criança que fantasia de forma caótica, o analista tem a chance de entregar-se à disformidade e à atemporalidade de um ambiente *nonsense* criado pela criança. Esse ambiente sem sentido é, em si, um estado defensivo organizado. A criança só se sente compreendida se o analista renuncia ao seu papel profissional de intérprete da fala do paciente.

Conferir uma possível ordem às fantasias trazidas de forma caótica seria uma ação terapêutica apressada demais para Leonardo. Para a analista, torna-se fundamental encontrar, no próprio corpo, uma disposição para enfrentar o *nonsense*, sabendo que as palavras e as fantasias criadas não estavam lá para serem interpretadas e, sim, para serem escutadas e presenciadas.

Do ponto de vista da relação transferencial, a analista está sempre atenta ao lugar que a criança a coloca. Quando Leonardo a “sacanea”, diz que é “burra”, “idiota”, “que não presta atenção em nada”, ela se coloca nesse lugar, pois compreende a projeção do lugar ocupado por ele em casa e na escola. Ou seja, o lugar da criança com o diagnóstico de TDAH que é repreendida por não prestar atenção, não aprender e não conseguir fazer as provas escolares. Ao ocupar esse lugar de projeção, a analista propicia à criança uma maior organização psíquica, a partir da qual ela pode se ver como sujeito e não apenas como objeto.

Nas sessões, Leonardo demonstra uma mudança significativa de comportamento. Ele não se mostra mais triste e desanimado como nos encontros iniciais. Pelo contrário, chega sorrindo, cheio de energia e sempre dizendo: “você tem que pagar mico, já que perdeu na última sessão”. Em seguida, entra na sala e começa a arrumar o ambiente para poder “sacanear” a analista. Leonardo também já não sai cabisbaixo da sala, como acontecia com frequência. Quando é informado que o tempo está acabando, fica agitado, sugere brincadeiras e refere-se à próxima sessão, imaginando e dizendo o que fará.

Leonardo passa a usar representações humanas em suas brincadeiras; normalmente usava animais ou coisas. Passa a brincar dizendo que um boneco estava fazendo “cocô”, “xixi”, “soltando pum” e vomitando em cima da analista. Junto às representações humanas, Leonardo começa a usar o pronome “eu” e a se incluir/inserir como sujeito de suas fantasias. Não diz mais que o “amigo jacaré” havia feito tal coisa e, sim, que “ele”, Leonardo, havia feito.

Com o passar do tempo, Leonardo começa a sugerir estratégias para a analista se defender dele e ficar mais atenta como, por exemplo: “você precisa prestar atenção no que está acontecendo, levanta a mão para se proteger”; “se ferrou, otária, quem manda não pegar as coisas detalhadamente”; “você precisa escolher melhor os membros de sua equipe para poder construir o forte”. Ou, então, dizer: “vou começar a arremessar brinquedos para te distrair, mas você não pode prestar atenção nisso, tem que se concentrar no foco e esquecer das coisas ao redor”.

A criança começa também a demonstrar a capacidade de maternalizar a analista. Isso geralmente acontece quando a analista representa o que sente por estar no lugar em que a criança a coloca, isto é, quando ela expressa com palavras e com o corpo

sua tristeza, seu cansaço, sua raiva. Diante disso, a criança passa a fornecer estratégias e fazer concessões à analista.

Nesse contexto, uma outra brincadeira é criada. A criança passa a isolar a analista com uma parede de colchões, de forma que ela não consegue ver a sala ou a criança, mas apenas o ambiente criado. É interessante ressaltar, que essa brincadeira surge logo depois de a analista perguntar sobre a possibilidade de gravações das sessões. A gravação é totalmente rejeitada pela criança. Mas, por outro, Leonardo cria um ambiente em que a analista está isolada, podendo apenas prestar atenção nas falas e nas brincadeiras da criança, como se, estando isolada, a analista pudesse captar melhor o que a criança faz e, assim, não precisar mais do gravador. O que de fato acontece, pois, após essa brincadeira, a analista consegue acompanhar melhor o pensamento da criança e a criança também passa a falar de forma mais organizada.

Junto com essa brincadeira de isolar e de jogar os brinquedos que são “cocô” em cima da analista, Leonardo cria um jogo chamado “vale-tudo para sacanear a Lívia”. Nesse jogo, ele é o apresentador e o narrador que faz as perguntas. Se a analista erra, os legos (que são cocôs) caem em cima dela através de um circuito criado pela criança com o caminhão, os legos e o barbante.

É importante ressaltar que as perguntas de Leonardo nesse jogo são perguntas pessoais, tais como: “Qual o primeiro filme que comprei?”; “Quantos filmes existem sobre o meu filme predileto?”; “Qual a cena do filme que eu sinto mais medo?”. Ou seja, a partir do jogo de perguntas e respostas, Leonardo consegue falar sobre ele mesmo e sobre as coisas de que gosta.

Diante do exposto, pode-se perceber uma mudança na forma de Leonardo brincar, e ainda o surgimento de um momento estruturante da relação e na relação criança-analista. Um momento indicando que uma nova estrutura psíquica está presente.

Depois desse momento, Leonardo começa a trazer cada vez mais conteúdos de sua realidade externa, como fatos ocorridos em casa e na escola. Já não apresenta a mesma excitação motora, conseguindo ficar bastante tempo sentado e sua fala não segue mais um ritmo acelerado.

A analista vai deixando de permanecer isolada durante toda a sessão no ambiente criado com os colchões, e o ambiente vai aos poucos aumentando, até que Leonardo consegue tirar os colchões que isolam a analista. Ele consegue ainda ficar, durante curtos períodos, sentado de frente para a analista e conversar olhando nos olhos.

Leonardo traz ainda conteúdos sobre sua entrada no grupo de escoteiros, o que para ele é uma mudança muito grande, e sobre o seu acampamento, a primeira vez que dormiria fora de casa e passaria alguns dias longe do ambiente familiar.

Também passa a levar para a análise algumas de suas invenções, seus brinquedos favoritos e seus bonecos que, segundo a criança, são suas preciosidades e suas coisas mais valiosas. Seus bonecos são sempre melhores, mais poderosos e modernos que os utilizados pela analista. Assim, a criança continua não correndo o risco de perder da analista.

Durante os próximos encontros, Leonardo altera mais uma vez sua forma de brincar. Ele deixa o jogo chamado “vale-tudo para sacanear a Lívia” e passa a construir cabanas para proteção de chuva ácida. Para isso, utiliza brinquedos e móveis. A cabana tem teto solar e todas as saídas são controladas eletronicamente, sua criatividade de como usar os objetos sempre surpreende.

Com a mudança na forma de brincar, Leonardo também modifica sua forma de se relacionar com a analista. Na relação transferencial, a analista passa a ocupar um outro lugar: a de companheira nas brincadeiras. O controle onipotente sobre a analista fica bem reduzido e as brincadeiras são compartilhadas.

Leonardo começa a proteger a analista da chuva ácida, e os dois começam a brincar junto: montam cabanas, fazem compras no supermercado e têm de encontrar objetos que podem ser utilizados na cabana deles. Assim, não é mais uma relação de competição e, sim, de cooperação entre ambos. Ao mesmo tempo, a criança começa a utilizar o pronome “nós”. Em vez de dizer que: “eu vou juntar isso e você vai juntar o resto”, Leonardo começa a dizer: “nós precisamos nos proteger da chuva” ou “nós temos que aprimorar nossa cabana”.

No entanto, Leonardo não permanece muito tempo brincando dentro da cabana com a analista. Logo altera esse ambiente colocando um colchão dividindo sua parte da cabana da parte da analista. Criança e analista ficam em um mesmo ambiente, mas com uma separação entre ambos.

Leonardo passa a levar salgadinhos para a sessão e a tirar o tênis. Ele chega na sessão, monta a cabana e diz: “agora vai chover o resto da sessão e ficaremos aqui dentro até o final”. Dentro da cabana, Leonardo come seus salgadinhos, deita, fica quieto e sem falar com a analista. Em uma dessas sessões, ao entrar na cabana, Leonardo diz: “ai que bom, agora posso descansar”. Dentro desse ambiente, Leonardo passa também a ler livros de histórias infantis.

No começo, Leonardo constrói essa cabana com objetos duros como mesa, cadeiras e brinquedos resistentes. Nessa brincadeira, a analista está protegida da chuva ácida, mas não consegue observar o que a criança faz, não pode fazer nada (a não ser

pensar na criança) e nem pode ficar com nenhum brinquedo. A criança consegue estar só na presença da analista, mas apenas pode fazer isso tendo a certeza de que a analista está pensando nele. Em seguida, Leonardo passa a construir a cabana com objetos mais leves e fofos, passa a usar os colchões e o lençol.

Em uma sessão, Leonardo chega com seus bonecos prediletos. Começa a separar os objetos da sala dizendo: “esse é meu, este é seu”. Em seguida diz: “Hoje a batalha vai ser entre os nossos bonecos e não entre a gente, então monte seu forte”. Leonardo retoma a brincadeira de batalha de fortes, mas agora sem atacar a analista e os bonecos. A criança instrui a analista como brincar dizendo: “os seus bonecos são os seus vodus, tudo que eles sentirem você vai sentir também”. A analista então começa a representar o sofrimento de seus bonecos no seu próprio corpo.

Em uma dessas sessões, Leonardo interrompe a brincadeira, triste, e diz: “eles são só brinquedos”. A criança se entristece ao perceber que pode brincar com os bonecos como se fossem pessoas, mas que mesmo assim eles continuam sendo brinquedos. Percebe o limite entre fantasia e realidade e consegue fantasiar sem misturar com a realidade, passando por períodos em que permanece mais triste.

Ao mesmo tempo, a criança se mostra incomodada e com medo de filmes que não possuem sentido lógico. Leonardo, por exemplo, conta: “assisti ao filme ‘O chamado’, fiquei assustado, não consegui dormir, fui para a cama da minha mãe. Não entendo como uma mosca e a menina podem sair vivas de dentro da tv. Todo mundo que vê a fita morre, não entendo”.

Observa-se que Leonardo percebe onipotência e riqueza de fantasias fora do controle dele próprio, o que o assusta. No entanto, isso não o desorganiza e ele consegue

encontrar recursos para amenizar esses sentimentos como ir para a cama da mãe e contar a estória na análise.

A EVOLUÇÃO DA ANÁLISE

O sujeito diz ao objeto: “Destruí você” e o objeto acha-se lá para receber a comunicação. A partir daí, o sujeito diz: “Alô, objeto!” “Destruí você”. “Amo você”. “Você tem valor para mim por sobreviver a minha destruição de você” (Winnicott, 1968b, p. 174).

A criança está em atendimento há dois anos e meio e é possível notar mudanças significativas nas características apresentadas por ela em relação à interação social, ao desenvolvimento emocional e ao processo educacional.

Leonardo tem estado motivado a realizar novos contatos sociais, tem-se relacionado com crianças de sua faixa etária e tem mostrado interesse em participar dos eventos escolares. Durante as aulas, ele já não permanece isolado e protegido pelo capuz do casaco, mostrando-se mais interessado nas aulas, nos professores e nos alunos.

Os pais têm ressaltado as mudanças de Leonardo. Segundo eles, a criança tem interagido com a família e tem estado mais carinhoso, o que antes não se via. Tem gostado de sair de casa e de brincar com as crianças de seu condomínio. A mãe conta que tem conseguido acompanhar o pensamento da criança e pontuar suas mudanças bruscas de assunto. Ela já não se sente totalmente perdida ao conversar com o filho. Leonardo também tem adquirido a capacidade de se antecipar e de resistir às situações geradoras de ansiedade sem recorrer às fantasias caóticas e ao isolamento.

Na escola, observa-se que Leonardo tem uma forma própria de aprender os conteúdos escolares e de se comportar frente aos professores. A criança tem uma necessidade de estar manuseando objetos para poder se concentrar nas falas dos professores. Esse comportamento não significa que não esteja prestando atenção, pelo contrário, nesses casos, verifica-se que a criança está seguindo a exposição, porém, de forma disfarçada. Leonardo tem ainda uma necessidade de mostrar que não está envolvido com os conteúdos e com os professores, o que é, na verdade, uma defesa para não se relacionar e não mostrar interesse ou necessidade por esses.

Os resultados do tratamento de Leonardo também são positivos com relação aos aspectos psicopedagógicos. Ele tem percebido suas dificuldades, chegando por vezes a demandar ajuda da psicopedagoga para resolver os conflitos cognitivos, dando mostra da sua implicação com as questões escolares. Com o tratamento, percebeu-se que as dificuldades escolares de Leonardo não estão relacionadas à inibição intelectual ou a qualquer déficit neuronal, mas a um distúrbio no desenvolvimento emocional que o impossibilita ter uma resposta satisfatória no seu processo de aprendizagem.

DA RELAÇÃO AO USO DO ANALISTA: A SOBREVIVÊNCIA DA ANALISTA

Percebe-se que o refúgio encontrado pela criança foi a criação de um mundo de fantasias caóticas, perdendo o senso da realidade externa e não se reconhecendo como sujeito. No primeiro momento da análise, existia uma negação da necessidade do outro, um senso de superioridade e de auto-suficiência, para não se relacionar com a analista. Em seguida, havia hiperinvestimento de abstrações e de fantasia, dissociação de si mesmo e identificações projetivas, junto a um isolamento social.

Com o decorrer da análise, tornou-se visível que o oferecido pela analista – um ambiente *holding* e confiável, a possibilidade de ser destruída e de sobreviver a essa destruição e, posteriormente, as interpretações da relação transferencial – possibilitou a criança trazer para a situação transferencial sua vida fantasiosa.

As atividades que antes faziam parte apenas de sua vida imaginativa e que a retiravam do mundo transformaram-se em um campo de experiências com a analista. Leonardo então pôde, por meio das fantasias, trazer as questões que o impediam de ocupar um lugar no mundo com os outros e simbolizar seus conflitos inconscientes na relação transferencial, dando uma maior organização às suas brincadeiras, sem perder a criatividade.

A analista, inicialmente um objeto subjetivo, pôde ser usada gradualmente pela criança, por meio do processo transferencial, como objeto de seus impulsos. Ao sobreviver à destruição da criança, a analista pôde ser utilizada como objeto contra o qual podem ser atuadas as mais primitivas fantasias, permitindo que o paciente integre e simbolize suas experiências e avalie a onipotência de suas fantasias.

Em seguida, pôde-se observar o desenvolvimento da capacidade de Leonardo de se preocupar com a analista. No que se refere a essa capacidade, Winnicott (1962-63a) explica que a preocupação implica maior integração e crescimento e se relaciona de modo positivo com o senso de responsabilidade do indivíduo, especialmente no que concerne aos relacionamentos em que entram impulsos instintivos.

Winnicott afirma existir boas razões para se acreditar que a preocupação, no desenvolvimento emocional do sujeito, emerge em um período anterior ao complexo de Édipo, que envolve o relacionamento a três pessoas, cada uma sendo percebida como uma pessoa completa pela criança. A capacidade de se preocupar geralmente é descrita

como tendo origem em termos de relacionamento mãe-bebê, quando o bebê já tem uma unidade estabelecida e sente a figura materna como pessoa completa. Assim, esse desenvolvimento faz parte basicamente do período de relacionamento a duas pessoas.

Com o estabelecimento da capacidade de preocupação, a criança torna-se capaz de assumir responsabilidade por seus impulsos agressivos-destrutivos. Por outro lado, Winnicott revela que o fracasso da mãe-objeto em sobreviver ou da mãe-ambiente em prover oportunidades consistentes para a reparação leva a uma perda da capacidade de se preocupar e à substituição por ansiedades e defesas como *splitting* e desintegração. No caso de Leonardo, a sobrevivência da analista e a oportunidade da reparação possibilitaram o desenvolvimento da capacidade de se preocupar e de assumir responsabilidade por sua agressividade e sua destruição.

Diante disso, observa-se a importância de se pensar o lugar que o analista ocupa na clínica com crianças em sofrimento psíquico grave para além das interpretações. No presente caso, foi fundamental para o tratamento deixar para um segundo momento a primazia da palavra e valorizar o acompanhamento da criança em sofrimento. Ao longo desse processo, a analista tomou como ferramenta clássica o lugar que a criança a destina na relação transferencial. Com essa postura, a analista teve mais chances de encontrar no próprio corpo as ações terapêuticas necessárias à constituição psíquica da criança. Em suma, as ações da analista de ecoar os sons da criança, de proporcionar um ambiente *holding*, de sobreviver à destruição da criança e de não ter pressa para interpretar permitiram que Leonardo desenvolvesse a capacidade de usar a analista no sentido relatado por Winnicott: “o objeto, se é que vai ser usado, tem de necessariamente ser real, no sentido de fazer parte da realidade partilhada e não ser um

feixe de projeções.” (Winnicott, 1968b, p.173). E, posteriormente, desenvolver a capacidade de se preocupar com a analista.

É interessante afirmar que, para Winnicott, a capacidade de brincar “é uma conquista no desenvolvimento emocional de toda a criança humana.” (Winnicott, sem data, p. 49). E, ainda, que é principalmente na capacidade da analista de conter a agressão e a destrutividade, como no caso de Leonardo, que o brincar é fundamental, já que no brincar o objeto pode ser destruído e restaurado; ferido e reparado; sujo e limpo; morto e trazido de volta à vida.

O ESTABELECIMENTO DA CAPACIDADE DE BRINCAR

*O importante era ser **humano**, e a brincadeira era uma parte essencial da vida humana em qualquer idade.* (Little, 1990, p. 64, grifo da autora).

A questão do brincar é outro ponto que merece destaque no pensamento winnicottiano. O brincar se localiza no espaço potencial existente entre o indivíduo e o meio ambiente, mas ele não é uma experiência dada e sim uma conquista no desenvolvimento emocional individual. O brincar é uma atividade sofisticada na criação da externalidade do mundo e é por meio dele que se transforma e se usa os objetos do mundo para no mundo realizar-se e inscrever seus próprios gestos, sem perder o contato com a própria subjetividade.

Winnicott (1971) estuda o brincar como tema em si mesmo. Ele ressalta que o brincar é fazer, e não simplesmente pensar ou desejar, e concebe o brincar como uma experiência criativa, como uma forma básica de viver. O que se refere ao brincar das crianças também é aplicado aos adultos, já que é no brincar que se adquire a liberdade

de criação. Nas palavras do autor: “É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o Eu (*self*).” (p. 80). Percebe-se então que, para Winnicott, a experiência criativa começa com o viver criativo, manifestado primeiramente no brincar.

Com Winnicott, começa-se a pensar não apenas no brincar, mas também no desenvolvimento da capacidade de brincar, já que na clínica com crianças em sofrimento psíquico ele se depara com situações em que ainda não se adquiriu a capacidade de brincar de forma espontânea e prazerosa. Para o autor, a qualidade do brincar é um indicador do desenvolvimento emocional da criança. Ao jogar o paciente emprega sua imaginação e faz uso do espaço potencial, o que constitui um sinal de saúde. Winnicott vem justamente chamar atenção para o estabelecimento de um ambiente acolhedor e facilitador no desenvolvimento dessa capacidade, já que é por meio do brincar que o paciente manifesta sua criatividade e que o *self* é descoberto e fortalecido.

Winnicott (1979) ressalta que o brincar tem uma função importante, estruturante e constitutiva do sujeito, chega inclusive a afirmar que “a brincadeira é necessária para a unificação e integração geral da personalidade... e serve de elo entre, por um lado, a relação do indivíduo com a realidade interior, e, por outro lado, a relação do indivíduo com a realidade externa ou compartilhada.” (p. 163).

Ao escrever sobre o brincar, Safra (2006) ressalta que para preservar a complexidade do brincar é fundamental recuperar dois registros fundamentais, devido à riqueza dessa passagem aqui ela é descrita na íntegra:

1 – Ao brincar a criança institui situações organizadas em termos de espaço e de tempo. Brincando ela funda mundos. Ao brincar ela não está simplesmente projetando conteúdos psíquicos no jogo, mas está constituindo mundos e estabelecendo a possibilidade de transformar a realidade dada por meio de seu gesto. Uma criança, ao jogar em um determinado meio ambiente, o ressignifica, imprimindo a ele uma organização diferente daquela que lhe foi oferecida. Isto significa que todo o brincar demanda um tipo de ruptura com o que é dado. O brincar funda mundos, funda a possibilidade de a criança estar no mundo e instituir modos de ser.

2 – A criança, ao longo de seu desenvolvimento, coloca em jogo as diversas facetas do seu ser: a questão do corpo, a questão do seu psiquismo, com todas as angústias que a visitam e a necessidade de projetar um destino. Este ponto é importantíssimo, mas muito pouco discutido. O ser humano tem a necessidade de criar sentidos, pois é parte da estrutura da pessoa humana a capacidade de projetar horizontes futuros. (p.13).

Ao brincar, Safra afirma que estão atuando, ao mesmo tempo, a biografia da criança – a partir da qual pode-se realizar-se uma leitura do passado da criança e das angústias relacionadas à sua história – e a tentativa de formular uma solução para suas questões, que é pressentimento do futuro. Assim, “o brincar promove uma transição entre o agora e o ainda-não.” (p.14).

Ao transpor a questão do brincar para o trabalho de análise, observa-se que o brincar constitui uma atividade central. Para Winnicott, o brincar entendido como uma experiência criativa torna-se objetivo da própria análise.

Winnicott (1971) afirma que a análise se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar: a do paciente e a do analista. Trata-se de duas pessoas brincando juntas. Nos casos em que o paciente ainda não atingiu a capacidade de brincar, o trabalho efetuado pelo analista é dirigido no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é. O autor ainda chama atenção para o fato de que nesse trabalho necessita-se de um analista que possa brincar. “Se o terapeuta não pode brincar, então ele não se adequa ao trabalho.” (p. 80).

Winnicott também desenvolve uma postura clínica própria com relação ao brincar. Na perspectiva de Klein, conforme visto anteriormente, a interpretação deve alcançar o ponto de ansiedade interpretando a fantasia destrutiva. Winnicott não concorda com essa forma de trabalho. Para ele, esse tipo de interpretação destrói o aspecto criativo da experiência humana e o jogo da criança, o que não é adequado, já que o brincar é importante e fundamental por si só e é mais importante que o conteúdo da brincadeira e do que o significado do objeto ou brinquedo utilizado. Assim, para o autor, uma análise que não preserve a capacidade de brincar não é adequada, o que leva Winnicott a se colocar contra a tentativa de reduzir o jogo às suas significações.

Winnicott (1971) ressalta a importância de o brincar ser visto, reconhecido e respeitado na própria singularidade. Para ele, o importante não é tanto a interpretação do jogo, mas a possibilidade de o analista sustentar a situação de brincadeira até que esse jogo possa se constituir como uma comunicação e vir a aparecer em uma formulação tal que a criança possa surpreender a si mesma naquilo que revela ao analista.

Essa postura de Winnicott pode ser observada nos livros: *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* e *The Piggie: relato do tratamento psicanalítico de uma menina*. Na descrição do caso clínico de Piggie é visualizado o lugar que Winnicott ocupava para que a criança pudesse agir, integrar e colocar sob o domínio do eu as experiências advindas das falhas ambientais e do nascimento de sua irmã, a fim de retomar o seu processo maturacional. Nesse caso, no primeiro momento da análise, Winnicott abre espaço para a experiência e o jogo, vividos no espaço potencial, em vez de realizar interpretações. Também nos casos descritos nas consultas terapêuticas, nota-se que Winnicott visa não apenas a encontrar a significação conectada ao jogo, mas a permitir uma interação entre ele e a criança. Nesse trabalho de Winnicott está presente

um contínuo jogar, em que as questões mais fundamentais da criança vão se revelando no registro da experiência do brincar, já que, para ele, isso é mais importante do que qualquer tipo de interpretação que assinale uma significação sobre o jogo.

Diante dos pressupostos teóricos e clínicos expostos, observa-se que Winnicott funda uma técnica de trabalho própria. Ele desenvolve uma nova compreensão sobre a transferência e o seu manejo, sobre o *setting* e sobre o papel do analista, transformando também o objetivo do processo de análise, que consiste em recuperar o processo de amadurecimento, promover a integração e promover um espaço potencial para o surgimento do brincar e da criatividade. (Sipahi, 2006).

Com base nisso, pode-se afirmar que o objetivo da análise winnicottiana é proporcionar o viver criativo, é construir um espaço onde o *self* criativo possa emergir, é permitir o surgimento da criatividade, de tal forma que o paciente possa sentir-se real. É ainda oferecer uma chance para que o desenvolvimento, inviabilizado ou dificultado inicialmente por uma falha do ambiente, ocorra. Assim, o papel do analista é cooperar com o paciente no seguimento de um processo no qual o paciente possui seu próprio ritmo e caminha no seu próprio rumo. (Winnicott, 1954-5).

CAPÍTULO 05 - A IMPORTÂNCIA DOS VÍNCULOS SENSORIAIS NÃO-VERBAIS NA RELAÇÃO TRANSFERENCIAL

Nesta parte da dissertação, continua-se expondo algumas das contribuições de Winnicott, autor cuja obra serve, muitas vezes, de pano de fundo ou de base para outros autores defenderem a importância dos vínculos sensoriais não-verbais na clínica psicanalítica e acrescenta-se a contribuição de autores contemporâneos como Safra, Tafuri e Fontes, revelando a importância dos vínculos sensoriais não-verbais na clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave.

Compartilhando das idéias de Winnicott, neste trabalho, se considera a relação com a alteridade o fator preponderante para o processo de constituição do sujeito, e, ainda, que a relação transferencial *repete e inaugura* vicissitudes desse processo. Diante disso, nesta parte da dissertação, procura-se discutir o peso das marcas corporais e a importância da sensorialidade na constituição psíquica assim como no manejo do fenômeno transferencial.

A SIMBOLIZAÇÃO NÃO-VERBAL

Em sua última década de vida, Winnicott desenvolve o estudo do significado da comunicação, afirmando que a habilidade de comunicar-se não está fundada, inicialmente, na aquisição da linguagem, mas, sim, em uma interação não-verbal estabelecida por intermédio da experiência de mutualidade entre mãe e bebê, na qual a mãe está identificada de forma tão intensa com seu bebê que ele sente-se compreendido.

Conseqüentemente, a habilidade do bebê de brincar e de simbolizar precede o período em que passa a fazer uso de palavras.

Winnicott (1968c), ao examinar as experiências iniciais de vida do bebê no que diz respeito à comunicação, afirma que a mãe pode, ou não, falar com seu bebê; isso não é relevante, pois a linguagem não é importante nessa etapa do desenvolvimento emocional. Nessa fase, o importante é a experiência de confiabilidade que é um tipo de comunicação silenciosa.

A confiabilidade é extremamente necessária e está intimamente vinculada à integração mãe-bebê em uma unidade, permitindo o bebê ser e continuar sendo. O mundo do bebê, nos primeiros momentos de vida, se reduz à mãe que deve ser, acima de tudo, confiável. A confiabilidade materna aparece no modo como a mãe cuida do bebê. Nas palavras de Winnicott: “Atos de confiabilidade humana estabelecem uma comunicação muito antes que o discurso signifique algo – o modo como a mãe olha quando se dirige à criança, o tom e o som de sua voz, tudo isso é comunicado muito antes que se compreenda o discurso.” (Winnicott, *apud*, Dias, 1999).

Dentre as comunicações silenciosas iniciais, Winnicott ressalta o movimento que provém da respiração da mãe; o calor de seu hálito; o seu cheiro; o som das batidas de seu coração; a comunicação física que pode ser ilustrada pelo movimento de embalar, no qual a mãe adapta os seus movimentos aos do bebê; e, as expressões do rosto da mãe e o uso que o bebê pode fazer desse rosto. Há também as comunicações não-silenciosas, que serão discutidas adiante, por meio da melodia, do ritmo e da entonação da voz da mãe como, por exemplo, a utilização de canções de ninar.

A partir da análise da relação mãe-bebê, Winnicott (1968c) leva o leitor para “um lugar onde a verbalização perde todo e qualquer significado”, e ele se questiona:

“Que ligação pode haver entre tudo isso e a psicanálise, que se fundamentou no processo de interpretações verbais de pensamentos e idéias verbalizados?” Em síntese, Winnicott diz que “a psicanálise teve que partir de uma base de verbalização, e que tal método é perfeitamente adequado para o tratamento de um paciente que não seja esquizóide ou psicótico”, isto é, para pacientes que não precisam ir em busca de experiências primitivas. (p. 81). Por outro lado, fenômenos primordiais manifestam-se como características primárias, de duas maneiras:

(...) primeiramente, nas fases esquizóides pelas quais qualquer paciente pode passar, ou no tratamento de problemas realmente esquizóides; em segundo lugar, no estudo das experiências iniciais concretas de bebês que estão para nascer, que acabaram de nascer, que são segurados no colo após o nascimento, que receberam cuidados e com os quais nos comunicamos nas primeiras semanas e meses, muito antes da verbalização ter adquirido qualquer significado. (Winnicott, 1968c, p. 82).

Enfim, o estudo da relação mãe-bebê revela o que os pacientes em sofrimento psíquico grave necessitam do analista em seu tipo especial de transferência. Winnicott esclarece que há, também, um *feedback* desses pacientes a partir do qual pode-se aprender a observar as mães e os bebês, vendo mais claramente o que ali se encontra. “Essencialmente, porém, é a partir das mães e dos bebês que aprendemos sobre as necessidades dos pacientes psicóticos, ou de pacientes que atravessam fases psicóticas. (idem, p. 90, grifo do autor).

Continuando com esse paralelo entre a relação mãe-bebê e a clínica, Winnicott reflete sobre as implicações para a técnica psicanalítica. Utilizando como exemplo as inflexões que caracterizam o discurso, o autor mostra que o fato de o paciente verbalizar e o analista interpretar não é apenas uma questão de comunicação verbal e que muito

depende da maneira como o analista usa as palavras, e, portanto, da atitude que se oculta por trás de uma interpretação. Winnicott ilustra isso na seguinte passagem:

Uma paciente cravou suas unhas em minha mão no momento em que seus sentimentos eram intensos, e minha interpretação foi: “Uau!” Isto praticamente não envolveu o uso de meu aparato intelectual, e foi bastante útil, uma vez que surgiu *imediatamente* (e não em seguida a uma pausa ou reflexões), fazendo minha paciente ver que minha mão estava viva, que fazia parte de mim e que eu ali me encontrava para ser usado. Ou, como talvez eu pudesse dizer, posso ser utilizado desde que sobreviva. (idem, p. 85, grifo do autor).

Com relação à clínica psicanalítica com pacientes em sofrimento psíquico grave, o analista é enviado a situações como a dessa paciente e ainda a situações em que as palavras são irrelevantes, como na relação inicial entre mãe-bebê, na qual a comunicação é estabelecida por meio de vínculos sensoriais não-verbais. Assim, embora a psicanálise se baseie na interpretação verbal, junto ao conteúdo das interpretações e das verbalizações existe algo que tem sua própria importância, e que se reflete “nas nuances, no ritmo e em milhares de outras formas que podemos comparar à variedade infinita da poesia.” (idem, p. 85).

Furtado (2006) – considerando que, nas etapas primitivas da formação do psiquismo, o universo sensorial desempenha uma função de protagonista da cena psíquica – constata a presença de uma imensa gama de sensações atuantes na relação transferencial assim como nos momentos primordiais da constituição da subjetividade.

Furtado revela que, no trabalho de análise, as experiências sensoriais que fizeram parte da experiência pregressa do analisando moldam a relação transferencial, marcando a forma de apreensão e de ação do sujeito no mundo e guiando sua forma de ação no *setting*. Assim, a autora assinala a necessidade do analista buscar, ao longo do tratamento, a criação de possibilidades para a emergência de experiências resultantes do

estabelecimento de uma relação intersubjetiva doadora de sentido e produtora de um efeito organizador para a subjetividade do paciente. Diante disso, Furtado ressalta a importância da dimensão sensorial da transferência ser resgatada para uma compreensão mais ampla do campo transferencial.

Safra (2005a) é outro autor que frisa a importância do resgate da sensorialidade na relação transferencial. Ele explica que, na clínica com pacientes em sofrimento psíquico grave, lidando com indivíduos que nem mesmo se constituíram, o analista necessita de procedimentos que possibilitem ao paciente utilizar-se do campo transferencial para constituir aspectos fundamentais de seu *self*, que até então ficaram sem realização. Ao fornecer as funções buscadas pelo paciente para que ele dê continuidade ao desenvolvimento de si mesmo, o analista observa fenômenos de significação e de articulação simbólica. Contudo, Safra esclarece que mais do que um processo de deciframento das produções do paciente, há uma apresentação do *self* em gesto e em formas imagéticas (formas sensoriais) sustentadas pela relação transferencial, no qual o indivíduo se constitui e se significa frente ao outro.

Para Safra, essas são situações de qualidade estética com grande espectro de significações. O autor utiliza o termo estético para abordar o fenômeno pelo qual o indivíduo cria formas imagéticas que se organizam nos diferentes campos sensoriais (imagens sonoras, visuais, gustativas, tácteis) e que veiculam sensações de agrado, encanto, temor, horror etc. Safra compreende que, essas imagens, quando atualizadas pela presença de um outro, permitem que o sujeito constitua os fundamentos ou aspectos de seu *self*, podendo então existir no mundo.

Em seus trabalhos, tanto Furtado quanto Safra demonstram a importância dos vínculos sensoriais não-verbais na transferência. Nas palavras de Safra, é “fundamental

que o analista possa acompanhar tanto vivências psíquicas que se expressam pela linguagem discursiva, quanto aquelas que emergem, por meio de símbolos estéticos, como símbolos do *self*, articulados plasticamente no campo sensorial.” (Safra, 2005a, p. 29-30).

Dando continuidade a essas idéias, nesta parte da dissertação, ressaltam-se a importância de alguns vínculos sensoriais não-verbais como o corpo, a voz e o olhar para o manejo da relação transferencial, procurando esclarecer a importância desses vínculos, não apenas no processo de constituição do sujeito, mas, também, no fenômeno transferencial e na retomada do processo de desenvolvimento emocional do sujeito.

O RESGATE DOS VÍNCULOS SENSORIAIS NÃO-VERBAIS NA RELAÇÃO TRANSFERENCIAL

Cada indivíduo marca diferentemente seu corpo, segundo as impressões (“eindrücke” freudiana) de sua infância precoce. Essa história pessoal é registrada, de início, por meio das sensações, dos movimentos. Somente muito mais tarde, as lembranças incluirão a linguagem. (Fontes, 2002, p. 56).

Margaret Little, ao relatar sua análise pessoal com Winnicott, revela com clareza a importância da relação transferencial com pacientes em sofrimento psíquico grave ser pensada para além da questão da interpretação. Em seu texto *Ansiedades psicóticas e prevenção*, pode-se observar alguns momentos-chaves relacionados à importância do corpo na transferência.

Um desses momentos refere-se à sessão em que Winnicott segura as mãos e depois a cabeça de Little por alguns minutos caminhando em direção à necessidade da paciente de encontrar no corpo a experiência do *holding*. Little relata esse momento da seguinte forma:

(...) durante toda uma sessão, fui novamente dominada por acessos de pânico. Repetidamente sentia uma tensão começar a surgir em todo o meu corpo, alcançar um clímax e diminuir, apenas para surgir novamente alguns minutos depois. Eu segurava as suas mãos e as apertava com força até os acessos passarem.

No final. D. W. disse que achava que eu estava revivendo a experiência de ter nascido; ele segurou minha cabeça durante alguns minutos, dizendo imediatamente depois do nascimento a cabeça de uma criança podia doer e parecer pesada durante algum tempo. Tudo aquilo se encaixava, porque tratava-se de um nascimento *para um relacionamento*, via o meu movimento espontâneo, que era aceito por ele. Aqueles acessos nunca voltaram a ocorrer e apenas em raras ocasiões senti aquele grau de medo. (Little, 1990, p. 45-46, grifo da autora).

Winnicott (1969-70), ao escrever sobre esse momento da análise de Little, revela que, sem nenhuma ação deliberada por ele ou por Little, desenvolve-se um ritmo de embalo para o qual ele teve que se adaptar. Por meio da experiência de mutualidade expressa em termos de um leve, mas persistente movimento de embalo, paciente e analista se comunicam sem palavras. Essa experiência com Little ilustra o que Winnicott afirma sobre aos estágios iniciais do cuidado do bebê, nos quais a comunicação não-verbal é estabelecida por meio de vínculos sensoriais; no caso de Little, pelo suporte físico e pelo ritmo dos movimentos.

Outro momento da análise de Little que merece destaque é a situação em que Winnicott estabelece uma relação empática com Little, na qual ele chora por ela: “Ele se viu chorando por mim – e eu pude chorar por causa disso como nunca fizera antes e lamentar a minha perda”. Depois ele diz com toda sua corporeidade: “Eu realmente odeio a sua mãe”. Com isso, Winnicott possibilita que a paciente encontre no corpo do analista a presentificação da tristeza, da raiva e do ódio vividos, podendo acessá-los. Winnicott, nas palavras de Little, “*sentia por, com e para* o seu paciente, participando

de uma experiência de tal modo, que a emoção que tivera de ser reprimida podia ser manifestada.” (Little, 1990, p. 48, grifo meu).

Nessas passagens, ilustra-se a importância de o analista estar disponível para o sentir, *sentir com* e até *por* e *para* quando o paciente ainda não possui mecanismos para sentir, de tal forma que o sujeito possa adquirir a capacidade de sentir ou se sentir no direito de sentir.

Ao discutir as contribuições teóricas e clínicas de Little, Safra (2005d) explica que a importância do analista, nesse ponto, se deve ao fato de o sentimento marcar, explicitar, devolver e constituir. Contudo, Safra afirma que para sentir *com*, *por* e *para*, o analista precisa estar implicado no processo e disponível para ser afetado em sua corporeidade, tendo que estar presente não apenas como mente, mas como corpo, sendo assim uma presença psicossomática.

Safra (2005d) esclarece que Little pensa a situação clínica com base na necessidade do paciente e na resposta total do analista a essas necessidades. Para ela, a partir do momento em que está frente às necessidades fundamentais do paciente, o analista está implicado no processo como pessoa total, em todos os registros de sua personalidade, e é responsável pelas suas respostas e como responde às necessidades do paciente. Safra ressalta que esta responsabilidade refere-se ao *estar implicado com* que se enraíza no fato de o analista estar aberto a si mesmo, integrado como pessoa, reconhecendo sua singularidade e suas necessidades presentes para assim poder enxergar o paciente como pessoa e em suas necessidades.

A partir dos relatos de Little e de Winnicott, observa-se a importância do corpo do analista e do paciente na relação transferencial. Além da contribuição desses autores, outros psicanalistas contemporâneos como Fontes (2002) também se dedicam

ao estudo do tema. Fontes aponta, em *Memória corporal e transferência*, a dimensão corporal da transferência, defendendo a relevância das experiências corporais presentes na transferência, e do corpo sensível do paciente enquanto via sensorial inerente à comunicação analista-analisando.

Pressupondo a existência de uma “memória corporal” constituída de fragmentos de impressões sensoriais da tenra infância, Fontes defende que as sensações que foram registrada onto e filogeneticamente podem reaparecer na transferência com o analista quando o paciente encontra o espaço apropriado à repetição das cenas mais precoces. Contudo, essas experiências vividas não podem ser lembradas pela linguagem, pelo discurso do paciente ou pelas associações livres, porque elas foram impressas no registro sensorial (corporal) anterior à possibilidade de representação, “a lembrança fica impressa no corpo e é somente lá que ela pode ser despertada.” (Ferenczi, *apud* Fontes, 2002, p. 16).

Por outro lado, na transferência é possível surgirem essas sensações não representadas pelo sujeito. A autora explica que, por exemplo, um detalhe físico do analista pode reativar a aparição dessa memória corporal. “Momentos de uma inquietante estranheza, lembrando Freud... Algo se manifesta bruscamente, por meio do aparelho visual, auditivo, olfativo... quase uma alucinação.” (Fontes, 2002, p.14). Dessa forma, a transferência oferece condições para um retorno do material inconsciente, não somente recalçado, mas também registrado na ordem do sensorial.

Fontes compreende que do mesmo modo que a poesia remete à sensação, por meio de uma seqüência de palavras fora da lógica discursiva, a transferência descobre – por meio de uma “memória corporal” – vicissitudes da experiência vivida, reproduzindo sensações anteriormente experimentadas. Assim, na transferência, pelo viés das

sensações corporais – em forma de imagens, sons ou gostos – o paciente entra em contato com registros que fazem parte de sua história pessoal.

Fernandes (2002) também defende a necessidade de não restringir as reflexões sobre o corpo ao registro das representações, mostrando a existência do “corpo da representação”, que é atravessado pela linguagem e do “corpo do transbordamento”, que não está vinculado a um sistema significativo e à lógica da representação, refletindo sobre a natureza da eficácia da escuta analítica sobre o registro corporal.

Para Fernandes, a teoria freudiana possui uma abordagem própria do corpo na qual a alteridade é um elemento-chave. O estado de desamparo original do bebê coloca-o, desde o primeiro momento de vida, em uma dependência absoluta em relação ao ambiente. O bebê tem necessidade que o outro realize a mediação e forneça modos de leitura do mundo que lhe chegam por meio de sons, dos odores, dos toques, do paladar e das imagens. Nesse início da vida, são as sensações corporais que ocupam o primeiro plano – o bebê é constantemente invadido por várias sensações: calor, frio, fome, dor.

Para Fernandes, o trabalho de escuta e de interpretação dos sinais que emergem do corpo do bebê só pode ser realizado quando a mãe investe libidinalmente o corpo da criança. Esse investimento supõe que ela é capaz de experimentar um prazer ao ter contato com o corpo da criança e ao nomear para ela suas partes, as funções e as sensações desse corpo. Enfim, esse investimento supõe que a mãe é capaz de transformar o “corpo de sensações” em um “corpo falado” e, posteriormente, em um espaço unificado. Assim, a descoberta do corpo está ligada a um primeiro momento, no qual ele é objeto de investimento libidinal da mãe, para, em um segundo momento, poder ser objeto de investimento libidinal do próprio sujeito. Portanto, a autora conclui

que o corpo psicanalítico é construído pela alteridade e é lugar de inscrição e de manifestação do psíquico e do somático.

Por outro lado, a ausência materna nesse momento assinala justamente a ausência desse escudo protetor, desse pára-excitações, que protege o bebê também dele mesmo, ou seja, das sensações que lhe vêm do interior de seu próprio corpo, dificultando ou mesmo impossibilitando o processo de constituição do sujeito enquanto corpo unificado. Diante disso, tem-se como implicação clínica que o analista, à semelhança da alteridade materna, pode investir o corpo do paciente, acolhendo e nomeando as sensações desse corpo, transformando-o assim em um corpo falado, possibilitando a retomada do processo de constituição do sujeito.

Cintra (2006) chama a atenção para a importância do corpo do analista funcionar enquanto *holding* e *handling*, assim como a “mãe suficientemente boa” desempenha essas funções. O *holding*, indicando sustentação e confirmação dos limites do corpo, e o *handling*, referindo-se a gestos, toques e iniciativas da mãe para lidar com as emoções do filho, favorecem que a vida psíquica possa habitar o corpo. A autora ressalta que sentir-se alguém real e habitar um corpo próprio só se torna possível por meio do *holding* e do *handling* maternos ou vividos em uma experiência de análise.

Além do corpo, alguns autores revelam a importância da voz na relação transferencial na clínica com pacientes em sofrimento psíquico grave. Safra (2005a), por exemplo, ao descrever o caso clínico de Ricardo, um paciente encaminhado com o diagnóstico de autismo, revela o trabalho transferencial realizado por meio da melodia produzida pelo paciente. O autor esclarece que inicialmente suas tentativas de interpretação eram infrutíferas e não havia comunicação entre eles, até que:

Em uma sessão em que o desânimo me acompanhava, disse-lhe alguma coisa tentando mais uma vez fazer uma intervenção. Ele a repetiu, como sempre, mas algo, pela primeira vez, chamou-me a atenção: não se tratava de mera repetição, a melodia da frase que ele dizia era diferente da melodia da minha fala. Era uma melodia que eu reconhecia tê-lo ouvido usar inúmeras vezes. Fiquei perplexo com o que eu estava observando! Pensei: aí está ele – na melodia! Cantarolei a melodia que ele tinha usado, sem utilizar as palavras da frase. Ele me olhou, pela primeira vez, fixamente nos olhos, sorriu, bateu palmas e emitiu uma outra melodia para que eu repetisse. Devolvi-lhe a melodia e, em resposta, ele pulou alegremente pela sala, criou uma outra melodia, e o jogo se repetiu. Estávamos nos comunicando! (p. 35-36).

Quando Safra se dá conta que Ricardo expressa sua subjetividade e sua criatividade por meio da melodia de sua voz e que as características sonoras das palavras usadas pelo paciente eram mais importantes que os significados nela embutidos, ele passa a repetir as melodias criadas sem utilizar palavras, estabelecendo assim uma comunicação entre analista e analisando, já que foi na sonoridade que Ricardo apresentou a possibilidade de se constituir:

Estamos diante de fenômenos que iniciam o sujeito na experiência de ser, para então poder existir como ser humano. Repetir o perfil sonoro que ele emitia era ecoar a singularidade de sua existência. O terrível é emitir um som sem que ele jamais seja ecoado por outro ser humano, o que significa perder-se em espaços infinitos, aniquiladores de qualquer registro de vida psíquica. (p. 38).

Segundo Safra, ecoar a sonoridade de Ricardo era possibilitá-lo encontrar ou reencontrar sua criatividade primária, era o estabelecimento do objeto subjetivo que daria ao paciente a condição de encontrar o gesto criativo.

Tafari (2003) é outra autora que revela a possibilidade do manejo da relação transferencial por meio de vínculos não-verbais. Com Maria, uma criança de três anos encaminhada com o diagnóstico de autismo, Tafari também percebe uma tonalidade específica de sons, nos quais estava presente a criatividade primária da criança. Assim,

ela passa a ecoar os sons de Maria, proporcionando a constituição de um “ambiente-*holding*-sonoro” nas sessões, e ressalta que essa atitude foi a fundadora da relação analítica com a criança. Nas palavras da analista:

(...) os ecos sonoros não eram compartilhados, eles simplesmente estavam lá, na sala de análise, e envolviam tanto a analista quanto a criança, porém, sem nenhuma tradução. Com as repetições dos sons de Maria, foi constituído um ambiente-*holding*-sonoro, no qual a pequena, em seu isolamento, emitia os seus sons, e a analista, da mesma forma, emitia os dela. Nessa dinâmica, foram gerados os sentidos da relação transferencial entre analista e a paciente. (Tafuri, 2003, p. 22).

Tafuri revela que, nessa clínica, os comportamentos estereotipados e sem fins de comunicação, que são apenas índices de diagnósticos, são vistos como formas sensoriais de estar em contato com o meio externo (sons, cheiros, movimentos corporais), e a relação transferencial vai muito além da interpretação. O que será ilustrado por meio da descrição do caso clínico de Igor. O lugar do analista nessa clínica não é aquele que apenas escuta e interpreta, mas aquele que oferece o seu corpo como lugar de troca.

Ao questionar os princípios teóricos e técnicos da clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave, Tafuri revela a possibilidade de estabelecer a relação transferencial com essas crianças por outros meios e não apenas pela utilização de interpretações verbais. A autora ressalta a possibilidade de o analista acompanhar a criança em sofrimento psíquico grave, sem a interpretação e sem a primazia da palavra, no primeiro momento da análise. Ela mostra que o analista pode ocupar na clínica com essas crianças o lugar do “analista não-intérprete”. Nesse lugar, o analista “não considera a palavra a única possibilidade de traduzir a escuta”, mas também leva em

consideração a importância do vínculo sensorial não-verbal na clínica psicanalítica com essas crianças. (Tafari, 2003, p.251).

Além de Safra e de Tafari, Fonseca (2005) também demonstra a função sensorial da voz no tratamento psicanalítico de uma criança em sofrimento psíquico grave. Ao descrever o caso clínico de Daniela, uma menina de quatro anos de idade, Fonseca ilustra a importância da sensorialidade da voz, anterior ao conteúdo simbólico da palavra, no processo de constituição psíquica do sujeito e no manejo da relação transferencial com a criança. Segundo Fonseca:

A base da constituição da relação transferencial se deu pela criação do envelope sonoro entre Daniela e a terapeuta, através da melodia da cantiga de ninar. Este envelope sonoro possibilitou a Daniela vivenciar experiências de continuidade de ser com o estabelecimento do “jogo dos sons”, onde pode ir brincando com os sons antes de qualquer tentativa de atribuir significados. A voz como uma experiência sensorial nos remete às primeiras experiências do bebê, vivenciadas no próprio corpo, que vão aos poucos possibilitando que a atividade simbólica se inscreva. (p.147).

Com essa citação, percebe-se que a autora, a partir da obra de Anzieu (1985) e da relação mãe-bebê, resgata a importância de um ambiente *holding* sonoro na relação analítica com crianças em sofrimento psíquico grave para além da interpretação verbal.

Nesta dissertação, além do corpo e da voz, como vínculos sensoriais não-verbais na relação transferencial, é ressaltada a importância do olhar, o que será realizado por meio da descrição do caso clínico de Igor, no qual é relatada a transferência marcada pelo olhar e pelo corpo da analista na retomada do processo de constituição psíquica de Igor.

*Quando olho, sou visto; logo, existo.
Posso agora me permitir olhar e ver.
Olho agora criativamente e sofro a minha apercepção e também percebo.
Na verdade, protejo-me de não ver o que ali não está para ser visto.
(Winnicott, 1967b, p. 157).*

Igor é uma criança de cinco anos. Aos três anos e oito meses é encaminhado ao Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP) – Clínica Escola da Universidade de Brasília – pela psiquiatra com quem faz acompanhamento desde os três anos, para uma avaliação do diagnóstico de autismo infantil precoce. A criança também havia recebido o diagnóstico de retardo mental de uma pediatra aos dois anos e meio de idade.

As avaliações desses profissionais indicam sintomas de retraimento emocional, prejuízo nas habilidades de interação social, ausência de comunicação verbal, hiperatividade, presença de comportamentos estereotipados e auto-agressivos. A criança fora medicada desde os três anos com antipsicóticos e, aos pais, os médicos deram a certeza de um psicopatologia incurável e de um futuro deficitário para a criança, apesar de os exames médicos não constatarem indícios de déficit cognitivo e/ou neurológico.

O núcleo familiar é composto pelo pai e pela mãe. Segundo os pais, a gravidez e o parto foram normais, e até os dois anos e meio a criança aparentemente não apresentava problemas. Nessa época, Igor começa a dormir mal à noite, a ficar agitado e nervoso. A criança ainda não fala e começa a apresentar comportamentos auto-agressivos. Assim, começa a visita dos pais a vários profissionais de saúde. A mãe conta que foi ao pediatra, que a encaminhou ao neurologista, que indicou o fonoaudiólogo, que encaminhou ao psiquiatra, que a encaminhou para o psicólogo.

Nas primeiras entrevistas, os pais se mostram desanimados e cansados. A mãe comenta que não agüenta mais repetir toda a história do filho e caminhar de um profissional a outro. Diante desse quadro, a analista coloca-se primeiramente à disposição dos pais para ouvir as dificuldades e os sentimentos deles em relação ao filho, escuta que continua sendo realizada no decorrer do tratamento da criança.

Nesse primeiro momento, os pais comentam que se sentem envergonhados com o comportamento do filho e recriminados pelos familiares e pelos vizinhos, que os acusam de não saber educar nem impor limites à criança. Eles evitam sair de casa com Igor, pois quando o fazem é sempre muito constrangedor. Qualquer alteração na rotina, como, por exemplo, o caminho feito para chegar em casa ou qualquer novidade, leva a criança a um estado de irritação, que pode chegar ao ponto de ela se jogar no chão e se debater ou, então, bater na primeira pessoa que encontra.

Além disso, a mãe relata que a criança nunca está com o corpo intacto, tem sempre algum hematoma ou ferimento, o que leva a mãe a ter receio das pessoas pensarem que eles maltratam o filho. Quando levam o filho aos brinquedos do prédio onde moram, as crianças não querem brincar com ele e o chamam de doido. Diante disso, a mãe se mostra muito ansiosa, chateada e perdida, já que não pode privar Igor de ir ao parque, mas também não suporta ver as outras crianças o rotulando e o excluindo.

Todas essas situações levam os pais a se sentirem desamparados, criticados, envergonhados e excluídos, além de já estarem desanimados e cansados.

No segundo momento com os pais, a mãe relata que, depois dos comentários dos vizinhos de que a criança grita e chora muito durante o dia, resolve sair do emprego, despedir a babá e cuidar do filho, receosa do que estaria acontecendo com a criança quando se ausentava de casa.

Nos últimos dois meses, os pais relatam que a situação piora. Igor fica mais agressivo, agitado e muito nervoso com as mínimas alterações em casa ou na rotina. Os pais acreditam que a medicação não tem surtido efeito, já tendo sido alterada algumas vezes.

Quando são perguntados sobre a relação do filho com a babá, os pais contam que, desde os cinco meses, Igor é cuidado por essa babá, com quem tinha uma relação muito boa. Ao questionar se a piora do filho poderia estar relacionada com a saída da babá, os pais confirmam e contam que, após a saída da babá, houve muitas mudanças na vida de Igor.

Após a saída da babá, a família passa um mês na chácara dos avós paternos, local que vão com frequência. Os pais explicam que a chácara é um local que Igor adora. Sempre que percebe que os pais estão fazendo o caminho de volta para o apartamento onde moram, a criança começa a gritar e a se bater dentro do carro. Por outro lado, quando Igor percebe que estão a caminho da chácara, fica agitado, mas feliz.

A mãe conta que ao voltar para o apartamento é que as coisas ficam difíceis. Com a ausência da babá, a mãe permanece o dia todo com o filho em casa. Para ela, os dias são terríveis, não consegue fazer nada além de cuidar do filho. A criança demanda atenção o tempo todo e está sempre irritada.

Percebe-se que nos últimos meses as mudanças na vida de Igor foram significativas, a rotina que possuía no apartamento com a babá é interrompida, fica um mês com os pais e os avós na chácara e depois volta para o apartamento, mas agora sem a babá e com a mãe.

Depois da conversa com os pais, resolve-se atender Igor. Ficam acordados encontros periódicos com os pais para que eles continuem relatando a história e seus sentimentos em relação ao filho.

O ENCONTRO COM IGOR

Igor chega acompanhado pelos pais e não apresenta sinais de ansiedade de separação ao deixá-los na sala de espera. Apesar de ainda não ter completado quatro anos, Igor é maior do que as crianças de sua idade, além de estar um pouco acima do peso. Contudo, sua aparência lembra um bebê, os traços de seu rosto são finos e delicados e seus grandes olhos azuis chamam atenção.

Ao entrar no consultório, Igor faz estereotípias, retira os objetos da caixa de brinquedo e do armário. Ele alinha alguns objetos, colocando cordões, carrinhos e panos em linha reta, mas não se detém muito tempo em nenhum brinquedo ou objeto, além de apresentar grande agitação motora.

Com relação à presença da analista, Igor não realiza nenhum contato direto com ela, mas também não a ignora, tocando e olhando rapidamente quando passa perto. A sensação é a de que a analista é mais um objeto na sala. Quando a analista tenta fazer algum contato com Igor é ignorada, além de ele não responder ao chamado de seu nome. Por outro lado, quando se utiliza algum brinquedo para chamar a atenção, algumas vezes, tem-se êxito; ele pega o brinquedo e o manuseia, mas logo em seguida o deixa de lado.

Nas primeiras sessões, quando algo sai do lugar, Igor se irrita, e caso não seja feito algo, como voltar o objeto para o lugar, ele se joga no chão e começa a se bater.

Nas vezes em que não é possível perceber o que leva Igor a essa irritação, ele entra em um estado semelhante ao “ensimesmamento sofrido” descrito por Tafuri (2003). Esse estado é caracterizado por reações auto-agressivas e desesperadas que acontecem quando a criança se sente ameaçada ou frustrada. Nessas situações, a criança é enviada a estados de agonia impensável e não de ansiedade ou de angústia. Nesses momentos, Igor emite sons estridentes, se joga no chão, bate a cabeça na parede ou no chão.

Essa situação leva a analista a um sentimento de impotência, sem palavras para traduzir o sofrimento da criança e sem recursos para consolar a criança. A atitude da analista é uma ação física, segurando a criança de costas, sem o contato visual, evitando que ela se machuque. A criança não se consola, não olha e não se aconchega no corpo da analista. Apesar dos calos e das feridas na cabeça e no corpo, Igor não demonstra sentir dor ao jogar seu corpo ao chão.

Nas sessões com Igor, também chama atenção o fato de ele entrar em um outro tipo de ensimesmamento que Tafuri (2003) denomina de “ensimesmamento prazeroso”. Esse é um momento caracterizado por um estado de excitação e de prazer da criança com ela mesma na ausência de relação lúdica e exploratória com os brinquedos e com o ambiente físico, além da ausência de relação afetiva com a analista. Nesses estados, Igor fica com os joelhos e com as mãos apoiadas no chão, balança a cabeça de um lado para o outro e bate os joelhos no chão, são movimentos ritmados e ele fica absorvido com as sensações oriundas de seu próprio corpo.

Em alguns momentos, Igor ainda apresenta um isolamento que negligencia, ignora e recusa tudo o que vem do exterior. Nesses períodos, ele trata os estímulos externos como se não existissem, e, no caso deles insistirem, eles são percebidos como intrusões perturbadoras, provocando reações, muitas vezes, violentas. Esse

comportamento é visto como uma tentativa de manter a mesmice, de viver em um mundo estático, no qual nenhuma mudança é tolerada. Conforme descrito pelos pais, as mudanças ou as alterações nas atividades e nas ações rotineiras, podem levar a criança ao desespero.

Os primeiros contatos com Igor são marcados por sentimentos contratransferenciais ambivalentes. Ao mesmo tempo em que Igor é uma criança delicada e meiga, ele reage com agressividade e força. A criança fascina e espanta, levando a analista a um estado de desamparo. Nas situações de ensimesmamento, a analista deseja fazer algo e estar junto da criança, mas nada as aproxima, sente a criança inacessível. Nessas horas, a analista não encontra recursos técnicos que possibilitem o contato com Igor.

Diante do quadro clínico de Igor, adota-se uma postura de conviver com a criança à sua maneira, sem necessariamente ter de interpretar seu comportamento. Busca-se estar junto e acompanhar a criança em seu sofrimento, tentando criar formas de estar com ela, a partir de um encontro pessoal para além da patologia.

Essa postura é justificada em função das reações da criança quando a analista tentava se relacionar por intermédio de palavras. Igor reagia à fala ficando agitado e entrando nas situações de ensimesmamento. Além disso, a clínica com essas crianças revela que, no começo do tratamento, muitas vezes as palavras podem causar um efeito contrário ao esperado, deixando a criança ainda mais irritada. Assim, adota-se o lugar de “analista não-intérprete” (Tafuri, 2003) e procura-se estabelecer um ambiente *holding*, buscando compreender a criança e estabelecer a relação transferencial para depois utilizar as interpretações, o que leva a analista a uma posição de cuidado, primeiramente observando e acompanhando a criança em silêncio.

Após os encontros iniciais, o tratamento aconselhado, além do acompanhamento psiquiátrico, é o da psicoterapia individual para a criança. Com o decorrer do tratamento é indicado o Acompanhamento Terapêutico (AT), visando à socialização da criança no ambiente de convivência familiar e residencial.

Os pais passam a se dedicar completamente aos cuidados com o filho e aos tratamentos de Igor, que na época se dividem entre a psiquiatria, a psicologia, a fonoaudiologia, a equoterapia e a estimulação precoce. A disposição, a confiança e o compromisso dos pais com os tratamentos foram fundamentais no desenvolvimento do processo terapêutico da criança.

A TRANSFERÊNCIA MARCADA PELO OLHAR E PELO CORPO NO PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA DE IGOR

Espelhar é dizer a ele algo significativo através dos olhos, da mímica facial, de caretas, sons e palhaçadas; em uma palavra: ressonância afetiva. (Cintra, 2006, p. 76).

Nas sessões com Igor, a analista observa que a criança repete o movimento de olhar fixamente para a borda da mesinha ou para objetos alinhados, fica com os joelhos e com as mãos apoiadas no chão, balançando a cabeça de um lado para o outro e batendo os joelhos no chão. Nesses momentos, Igor fica isolado e imerso nas sensações de seu próprio corpo.

Em uma dessas sessões, enquanto Igor realiza esses movimentos, a analista decide imitá-lo, repetindo-os ao lado da criança. Apesar de olhar fixamente para a borda da mesa e balançar a cabeça, em alguns momentos, a analista dirige seu olhar para a criança observando-a. Em um desses rápidos momentos de observação da analista, os olhares se cruzam. Igor pára de se movimentar, olha fixamente nos olhos da analista e

encosta uma testa na outra. É um momento forte de encontro entre os dois e o olhar passa a marcar a relação transferencial que começa a ser construída.

Após encostar uma testa na outra, olhando nos olhos da analista, Igor volta a repetir os movimentos. A analista então continua a imitá-lo e olhá-lo em alguns momentos, até que os olhares se cruzam novamente; agora é Igor quem dirige o olhar para a analista. Mais uma vez a criança pára de se movimentar, sustenta o olhar e depois volta ao movimento. A situação se repete algumas vezes, continuando nas sessões seguintes, de tal forma que um jogo é criado entre a criança e a analista.

Percebe-se também que Igor desenvolve uma espécie de rotina que o ajuda a estar e a se organizar no ambiente. Todo início de sessão, Igor manuseia os mesmos brinquedos, explora um pouco a sala, abre e fecha as portas do armário repetidas vezes, joga alguns objetos no chão; geralmente são os livros de estórias infantis e as revistas e derrama as caixas de lego. Em seguida, a criança realiza os movimentos de balançar a cabeça de um lado para o outro, batendo os joelhos no chão e olhando fixamente a borda da mesa ou para algum objeto reto ou objetos alinhados que coloca em cima da mesa como dominós, cordões ou uma toalhinha, procurando o olhar da analista em alguns momentos. Depois desse jogo, a criança volta a explorar a sala sem se deter em nenhum brinquedo. Assim, as trocas de olhares entre a analista e a criança são intercaladas e interrompidas pela busca de algo no ambiente.

Além disso, a criança observa e controla os objetos da sala. Já nas primeiras sessões, Igor memoriza a localização dos brinquedos e a organização do ambiente, de tal forma que se a disposição dos móveis é alterada ou um objeto aparece quebrado, fora do lugar ou se ele não encontra um brinquedo que havia deixado em uma determinada caixa, ele procura imediatamente voltar tudo para os devidos lugares. Caso não tenha

êxito, fica extremamente irritado, emite sons estridentes e entra no estado de “ensimesmamento sofrido”. A analista fica completamente perdida tentando identificar as alterações e tentando manter o ambiente sempre do mesmo jeito, o que é praticamente impossível, já que a sala é dividida com outras crianças e, freqüentemente, há brinquedos quebrados, pinturas secando ou construções de outras crianças.

Contudo, a analista começa a conseguir antecipar as situações de “ensimesmamento sofrido” da criança. A analista observa que Igor apresenta alguns sinais antes dessas situações acontecerem. Ele começa a ficar mais agitado, faz sons estridentes, vai em direção à porta e mexe na fechadura. Se algo não for feito, como chamar a atenção para algum brinquedo, ele bate a cabeça na porta, se joga no chão e entra no “ensimesmamento sofrido”.

Porém, nem sempre era suficiente desviar a atenção de Igor ou mesmo colocar em palavras o que estava acontecendo como, por exemplo, dizer que a criança havia ficado com muita raiva por não conseguir encaixar as peças ou que estava muito difícil para ele permanecer dentro da sala. A analista passa, então, a tentar representar com seu próprio corpo o que Igor pudesse estar sentindo.

Quando Igor não consegue realizar algo, a analista começa a reclamar consigo mesma, dizendo que aquele brinquedo é chato, que não entende como funciona, bate o brinquedo no chão e faz cara de brava e emburrada. Quando Igor, irritado, vai várias vezes em direção à porta, a analista começa a arremessar os legos no chão, faz cara de brava, diz que está irritada, que quer abrir a porta, mas que ainda não está na hora. Quando a analista percebe que é por causa de algo diferente na sala, sem saber ou sem poder ajudar, faz as mesmas caras e diz que tem algo diferente, que ele não gosta

quando isso acontece e que ela não consegue ajudar nem entender o que está incomodando.

No primeiro dia que isso é feito, Igor olha para a analista com os olhos arregalados e com cara de espanto, observando o que está acontecendo. Em seguida, volta a brincar com os legos. Repetindo essa atitude a analista percebe que, algumas vezes, ele se acalma e volta a explorar a sala ou algum brinquedo. Em outros momentos, essa atitude chama atenção de Igor, mas não aplaca seu sofrimento e não impede a entrada no “ensimesmamento sofrido”.

Com a ajuda da supervisão clínica, a analista procura presentificar ainda mais os sentimentos em seu corpo, evitando as palavras e imitando a criança como uma forma de estar mais próxima do seu modo de ser e de estar no mundo. Essa forma de estar junto faz com que a analista perceba que pode antecipar não apenas as situações de “ensimesmamento sofrido”, mas também as de frustrações e, também, não só antecipar como ainda participar desses momentos. Então, quando Igor não consegue encaixar algo ou realizar alguma atividade, a analista o imita em sua impossibilidade, demonstrando no corpo e com gestos sua raiva e insatisfação. Nesses momentos, a criança olha nos olhos da analista, observa sua atitude e volta à sua atividade.

Essas cenas se transformam em uma atividade conjunta e em um momento de encontro entre os dois. A criança passa a olhar nos olhos da analista, olhar para seus comportamentos e sorrir. Igor também começa a antecipar os comportamentos da analista, buscando seu olhar quando não consegue fazer algo. Em seguida, ele esboça um pedido de ajuda, refinando-o com o decorrer das sessões. Isso acontece da seguinte forma: enquanto a analista o imita, mostrando que também não está conseguindo o que ele deseja, Igor a olha, olha para o brinquedo que ela segura, sorri e passa a olhar para o

seu próprio brinquedo. A analista percebe que ele se identifica com sua atitude. Então, ela olha para ele, diz que está muito difícil para os dois e que talvez eles possam tentar juntos. Daí, a analista deixa seu brinquedo e vai em direção ao brinquedo que está na mão da criança, de forma que eles passam a tentar realizar aquela atividade juntos.

Aos poucos, Igor começa a ir em direção à analista com seu brinquedo na mão e tenta imitar as caretas e as expressões faciais da analista quando não consegue fazer algo. Paralelamente a isso, ele também começa a solicitar a ajuda da analista para alcançar os brinquedos que ficam nas estantes mais altas. De início, isso é feito emitindo o som de "hum" olhando para a analista e para o objeto. A criança aponta para os brinquedos com os olhos. Contudo, dessa maneira, é difícil descobrir qual é o desejo da criança, e quando se demora a acertar o objeto desejado, Igor começa a se irritar.

Em uma sessão, a analista não descobre qual o brinquedo é desejado e decide utilizar uma das cadeiras, colocando Igor em cima dela de forma que ele consiga pegar o objeto por si só. Nesse momento, Igor se assusta, mas parece gostar. Ele olha para a cadeira, olha para a analista e olha para o brinquedo, dizendo "hum". Todavia, Igor não pega o brinquedo com sua mão, continua apontando com os olhos. Quando a analista diz que agora ele pode pegar com sua própria mão, Igor olha para a mão da analista, utilizando-a para pegar o brinquedo.

Com relação a esse fato, Tustin (1972) mostra que é comum a criança em sofrimento psíquico grave "transformar a mão de outra pessoa em objeto autístico, usando-a como coisa destituída de vida ou vontade própria e como poderosa extensão de si mesmas que sirva para realizar seus desejos." (p. 81). A autora revela que essa atitude já denota certo reconhecimento do modo como os objetos do mundo externo

operam, mas uma incapacidade ainda de reconhecer a qualidade “não-eu” das outras pessoas.

Com o decorrer das sessões, Igor começa a esboçar um apontar, levantando o braço para cima, mas sem conseguir especificar o objeto. Depois já consegue apontar diretamente para o brinquedo e pega-los por si só. Além disso, nas situações em que o ambiente ou os objetos estão diferentes, Igor passa a levar a analista até o local que tem algo diferente e apontar, pegar, esconder ou jogar no lixo os brinquedos diferentes ou estragados. A partir daí, Igor vai adquirindo a capacidade de suportar as mudanças do ambiente sem precisar entrar no “ensimesmamento sofrido”.

A analista percebe que Igor demonstra um interesse especial por brinquedos em forma de casinha, de preferência que tenham portas e janelas que abrem e fechem. A mãe reclama que em casa a criança pode passar horas abrindo e fechando as portas e as janelas, já tendo quebrado os vidros e prendido os dedos algumas vezes. A mãe fala que não sabe o que fazer nessas situações, pois se tenta impedir a brincadeira Igor entra no estado de “ensimesmamento sofrido”.

No consultório, as vezes a criança também permanece abrindo e fechando as portas do armário, já tendo também machucado os dedos. Quando Igor encontra algum brinquedo com portas ou janelas, ou as peças de lego de portas e janelas, ele também realiza os movimentos de abrir e fechar, mas logo em seguida deixa o brinquedo de lado e vai em direção ao armário.

Diante dos riscos dessa brincadeira, a analista decide conter esses movimentos da criança quando relacionados a portas e janelas reais, oferecendo, por outro lado, brinquedos que contêm portas e janelas.

Na primeira sessão em que isso é realizado, Igor fica nervoso ao ser impedido de abrir e fechar a porta do armário, grita, se joga no chão e tenta bater a cabeça na parede. A analista diz que sabe que ele quer muito continuar abrindo e fechando a porta do armário e o quanto isso é importante para ele, mas que também é muito perigoso e ele se machuca, portanto, a partir daquele momento ela não deixaria mais ele brincar com o armário, contudo ele poderia brincar de abrir e de fechar a porta da casinha ou com outros objetos. Nada acalma Igor e a analista precisa conter a criança fisicamente.

Essa sessão é marcada pelas tentativas desesperadas de Igor de abrir e de fechar o armário, pela rejeição aos brinquedos substitutos com portas e janelas, jogando-os com raiva no chão, pelos choros e pelas tentativas de auto-agressão. A analista sai da sessão exaurida, desamparada e sem encontrar outros meios para enfrentar a situação. Com o apoio da supervisão, a analista se sente mais confiante para lidar com esse momento difícil e sofrido para ambos.

Na sessão seguinte, Igor chega e se dirige imediatamente ao armário. A analista repete para ele as palavras da última sessão e o impede de abrir e de fechar o armário. Igor começa a gritar e a se bater; a analista contém a criança, diz que está difícil para os dois aquela situação e que eles podem continuar assim toda a sessão como da última vez ou então tentar brincar de outra coisa. Igor continua gritando durante um bom tempo. Já, no fim da sessão, a criança levanta e anda pela sala, olhando para os outros objetos. No entanto, logo em seguida, Igor volta a olhar para o armário e para a analista, tentando novamente abrir e fechar as portas, prosseguindo assim até o término da sessão.

Na outra sessão, a analista volta a colocar a casinha em cima da mesa. Igor chega, olha para a casinha, joga-a no chão e vai em direção ao armário, abrindo-o. Ao

perceber que a criança não queria nada do armário e, sim, abrir e fechar as portas, a analista segura as portas. Mais uma vez, Igor fica irritado, grita e se joga no chão. A analista, sentada próxima à criança para que ela não se machucasse, puxa a casinha que estava no chão e começa a abrir e a fechar a porta. Igor olha para a analista e para a casinha, empurra o brinquedo para longe e continua gritando e tentando se bater.

Depois de um tempo, Igor levanta do chão, explora a sala, manuseia alguns brinquedos e derrama com força os potes de lego no chão. A analista puxa a casinha para perto e continua abrindo e fechando a portinha. Em alguns momentos, a criança observa de longe a analista com a porta, mas não se aproxima e passa o resto da sessão irritada.

No próximo encontro, a situação se repete, contudo, Igor demora menos tempo para começar a explorar a sala. Enquanto a criança derrama os legos no chão e chuta-os irritada, a analista permanece encostada no armário, para que Igor não o abra, e abrindo e fechando a porta da casinha. Durante a sessão, Igor vai aos poucos se aproximando da analista, ainda que irritado, olhando de longe os movimentos de abrir e de fechar. Depois de um tempo, a criança se move em direção à casinha, colocando o rosto bem perto da porta que se mexe, até que começa ele mesmo a abrir e a fechar a porta.

Nas sessões seguintes, Igor continua buscando o armário, tentando abrir e fechar a porta, mas as tentativas vão diminuindo com o passar dos encontros. A criança também passa, cada vez mais, a utilizar a casinha intercalando-a entre a exploração da sala e as trocas de olhares com a analista por meio da imitação, até que passa a permanecer grande parte do tempo segurando o brinquedo ou abrindo e fechando as portas.

A analista percebe que esse objeto começa a prender a atenção de Igor por mais tempo e a gerar prazer de tal forma que ele fica preso nas sensações que esse objeto lhe evoca, entendendo-se, então, que a casinha funciona como um “objeto autístico”. Em alguns momentos, parece que Igor quer fundir-se com essa casinha, apertando-a contra o corpo e tentando virar um objeto só.

Tustin (1972) ressalta que os “objetos autísticos” podem consistir em partes do corpo da própria criança ou em partes do mundo externo, por ela experimentadas como partes de si mesma. A autora revela que os objetos autísticos como substância totalmente “eu” “visam manter à distância o reconhecimento terrível e ameaçador ‘não-eu’.” (p. 81) Assim, a criança utiliza esses objetos sem perceber que eles fazem parte do não-eu, ficando aprisionada no mundo das sensações e impossibilitada de alcançar a simbolização da experiência vivenciada.

Nos movimentos de abrir e de fechar a porta da casinha, a criança não compartilha a brincadeira e não busca a analista, ficando imersa e isolada nas sensações decorrentes desses movimentos. No consultório, há apenas uma casa de madeira com portas e com janelas. Ao chegar à sessão, Igor imediatamente pega a casinha e começa os movimentos de abrir e de fechar. A analista o observa sem saber o que fazer e sem conseguir encontrar sentidos para essa brincadeira, apesar de saber sua importância.

Com a ajuda da supervisão clínica, a analista resolve imitá-lo utilizando uma outra casinha de plástico menor que a da criança. Assim, ambos ficariam abrindo e fechando portas. Na primeira sessão em que isso é realizado, acontecem rápidas trocas de olhares entre a analista e a criança nos momentos em que a analista a observa. Depois de algumas sessões, a analista percebe que Igor também dirige o olhar para ela em alguns momentos, observando e buscando as trocas de olhares.

Dessa forma, os olhares passam a se cruzar e se fixar em dois momentos, tanto quando a analista o imita ao ficar olhando para objetos alinhados, batendo os joelhos no chão e balançando a cabeça de um lado para outro quanto quando a analista o imita abrindo e fechando as portas e as janelas dos brinquedos.

Igor começa a observar não apenas o ambiente, mas também a analista. Esse fato é percebido depois que a criança passa a imitar os comportamentos da analista. Em alguns momentos, a analista observa que Igor pára de brincar e a olha fixamente, contudo ela não sabe o que o leva a essa atitude. Em uma sessão, a analista junta com os pés as peças de lego antes de abaixar para pegar e guardar na caixa. Ela percebe que Igor pára novamente de brincar e a observa. Em seguida, ele começa a chutar o restante das peças para todos os lados, depois as pega e as joga no balde, tentando repetir o comportamento da analista. Nesse momento, a analista ri e compreende, dizendo para a criança que agora é ela que está sendo observada e imitada.

Essas imitações passam a acontecer com mais frequência e com mais variações. Igor começa tentando reproduzir as caretas e expressões faciais quando a analista expressa a raiva ou o nervosismo da criança. Depois, ele procura imitar o jeito de manusear os objetos e de arrumar as coisas da analista e, em seguida, os movimentos dela dirigidos ao seu próprio corpo. Exemplos disso é quando a analista amarra seu tênis e Igor abaixa e fica mexendo em seu sapato; ao mexer no cabelo, ele passa a mão em sua cabeça; ao tirar a chave do bolso para abrir a porta, ele procura os seus bolsos e faz os movimentos de rodar a chave com suas mãos. Nesse período, a mãe comenta: “eu não sei o que está acontecendo, mas ele virou um papagaio, tudo que eu e o pai fazemos ele quer fazer também.”.

Igor, além da busca do olhar da analista e da imitação, descobre o espelho. Na sala onde é atendido, o espelho se localiza em uma parte alta, de tal forma que a criança não pode se ver estando apenas em pé. Em uma sessão, ao subir em cima da mesinha, ele encontra o espelho, desce da mesa e dirige-se em direção a ele, mas quando se aproxima não consegue se ver. A criança então olha para cima, olha para a analista e sonoriza o “hum”. A analista puxa uma das cadeiras e coloca-o em cima, permanecendo atrás da criança. Igor olha para o espelho e bate sua testa nele, de forma tão rápida que a analista não consegue impedir a batida. A analista, com a mão na sua testa, diz: “você está vendo sua imagem no espelho”. Igor olha fixamente para a analista, depois para o espelho e diz: “hum”. A analista diz: “olha a imagem do Igor no espelho”. A criança busca o olhar da analista virando-se para trás, se olha no espelho e diz “hum”. A analista então diz que ele está vendo sua imagem e que ela continua ao lado dele. Igor repete o movimento pelo resto da sessão: ele olha sua imagem e faz “hum”, a analista diz, “olha sua imagem aí”, a criança olha para ela, ri e depois se olha no espelho.

Na sessão seguinte, Igor imediatamente se dirige ao espelho e faz “hum”, a analista o ajuda a subir na cadeira e ele retoma o movimento da última sessão. Em seguida, ele passa a explorar o espelho, encosta a testa, cheira, passa a mão e a língua, buscando o olhar da analista em alguns momentos. Nesse momento, ambas as imagens estão refletidas, mas Igor só observa a sua e explora o espelho, recorrendo ao olhar da analista e não olhando-a pelo espelho.

Isso continua se repetindo, até que em uma sessão, enquanto Igor se olha no espelho, a analista também se olha, amarrando seu cabelo. Nesse instante, Igor olha para ela e para o espelho repetidas vezes. A analista então diz que agora ele está vendo a imagem dos dois no espelho. Com isso, Igor descobre a imagem da analista no espelho,

passando a olhar para sua imagem, olhar para a imagem da analista e depois virar olhando diretamente para a analista, repetindo esse movimento em algumas sessões.

Em uma dessas repetições, a analista boceja enquanto Igor olha as imagens no espelho. Ele imediatamente olha para trás, olhando fixamente para a boca da analista. A analista diz: “parece que eu chamei sua atenção quando abri minha boca”. Nesse instante, Igor olha para a analista e leva a mão à sua própria boca. A analista diz: “esta é a sua boca”. A analista, surpresa por perceber que Igor reconhece a boca, continua perguntando onde está o nariz, os olhos, o ouvido, a cabeça e Igor continua levando sua mão nos respectivos órgãos, reconhecendo as partes de seu corpo. Em seguida, a situação se inverte, Igor passa a pegar nas partes do seu corpo, falando “hum” e buscando o olhar da analista que vai nomeando as partes. Isso se repete nas sessões seguintes.

Igor também começa a apontar para as partes de uma boneca e em seguida para as suas. Ele aponta para a perna da boneca e diz “hum”, a analista diz: “olha a perna dela”. Ele aponta para a sua perna, diz “hum”, e a analista diz: “essa é a sua perna”, e assim sucessivamente. Depois, Igor passa a se interessar pelas figuras de animais e pelas diferenças entre o eu e o outro, apontando para o rabo e os chifres dos animais. Ele ainda passa a tolerar os brinquedos em forma humana que estão quebrado, faltando alguma parte como perna ou braço, que antes era terrível, levando-o a situações de agonia. Posteriormente, Igor passa a se interessar pela diferença entre os sexos, tirando as calças de uma boneca e de um boneco que possuem os órgãos genitais e apontando para eles e, em seguida, para o seu.

Com o decorrer das sessões, Igor passa a demonstrar sua dor quando machuca alguma parte do corpo, buscando o olhar da analista, apontando para o local ferido e

expressando no corpo essa dor. Com relação a esse fato, Safra (2005e) faz a distinção entre o “sentir dor” e o “ser dor”. O autor revela que quando o paciente “é dor”, a dor é o próprio “eu”. Nesse momento, a experiência é a de uma dor infinita, é uma experiência insuportável em que não há possibilidade de se fazer referência à dor. Por outro lado, quando o paciente pode “sentir dor”, ele sente a dor sem estar identificado com ela, o que possibilita uma experiência reflexiva, para além de si, frente à dor.

Por meio da relação transferencial estabelecida, Igor pode ter, pela primeira vez, essa dor vivida nos olhos do outro que pode testemunhar e fazer referências a essa dor, de tal forma que a criança pode vivenciar a dor, pelo olhar do outro, como experiência reflexiva. A presença da analista, por meio do corpo e do olhar, possibilita que as experiências da criança sejam vividas, expressadas e testemunhadas, ocorrendo assim uma comunicação a partir da vivência entre corpos e uma revelação de significados por meio da corporeidade que agora fala.

EVOLUÇÃO DA ANÁLISE

A criança está em tratamento há dois anos e já é possível notar mudanças sutis e significativas nas características apresentadas por Igor. Ele desenvolve a capacidade de manter contato visual com os adultos e um maior entendimento e aceitação dos comandos. Igor também adquire a capacidade de se comunicar por expressões faciais, posturas e gestos corporais que regulam a interação social e a comunicação.

A criança está mais sonora, produzindo uma variedade de sons, emitindo pequenas palavras como mama, papa, nenê e, em situações contextualizadas, como em uma sessão quando ao chutar uma bola, a criança diz: “gol”. Além disso, a comunicação

não-verbal de Igor vai se tornando cada vez mais compreensível. Ele aponta para os objetos que deseja, demonstra no seu próprio corpo suas dificuldades, suas raivas e suas insatisfações, procura ajuda, levando e buscando a analista, para que ela entenda o que ele deseja. Quando está com vontade de ir ao banheiro, por exemplo, começa a mexer no short, depois passa a pegar o seu piniquinho e levar até a analista.

Ao mesmo tempo, a criança está mais dengosa e mais apegada aos pais, tendo apresentado ansiedade de separação da mãe ao entrar para as sessões. Em casa, a mãe relata que está difícil deixar Igor para fazer qualquer coisa sozinha. Antes, ela tinha medo porque ele poderia ir com qualquer pessoa que lhe estendesse a mão. Agora, ele só quer estar com a mãe. Quando precisa deixar a criança na casa da avó, a mãe relata que Igor fica inconsolável. Percebe-se que a partir do momento em que a criança adquire certo senso de unidade, ela pode sentir a ansiedade de separação, necessitando elaborar a existência dos espaços entre os corpos.

Em casa, na escola e com os demais profissionais envolvidos no processo, Igor também apresenta mudanças significativas. A criança tem interagido com as pessoas, se interessado por outras crianças e participado de atividades em grupo.

Nas sessões com a analista, Igor vai organizando melhor suas brincadeiras, tem feito as primeiras garatujas e tem buscado não apenas o olhar como também o corpo da analista. Quando a analista diz que está na hora de arrumar a sala, a criança ajuda a juntar e a guardar os brinquedos, já não fazendo questão de colocar os objetos nos lugares que estavam no começo da sessão.

Outro ponto que surpreende a analista é algumas das capacidades cognitivas de Igor. A criança apresenta uma excelente capacidade de memória, de atenção e de

concentração. Qualquer objeto da sala que é alterado é percebido pela criança, ela também guarda os caminhos feitos de carro ou de ônibus e os símbolos de lugares.

A tolerância à frustração de Igor também tem-se ampliado. Quando a criança se frustra não conseguindo fazer o que deseja, a analista coloca em palavras o quanto ela ficou brava e com raiva por não conseguir, demonstrando também para Igor que ela erra, ficando com raiva quando isso acontece. Com isso, Igor vai aos poucos começando a aceitar seus erros e suas limitações assim como os “nãos” de seus pais. Contudo, ainda hoje, quando Igor fica irritado, derruba os brinquedos no chão ou bate a mão no peito.

O OLHAR COMO VÍNCULO SENSORIAL NÃO-VERBAL NA RELAÇÃO TRANSFERENCIAL

O reconhecimento do outro possibilita sua própria existência enquanto ser. (Safra, 2005a, p. 40).

Na clínica com Igor, verifica-se que a relação transferencial estabelecida e apoiada pelo olhar permitiu que a analista funcionasse como um espelho para a criança e, por meio dessa relação, foi possível a Igor retomar seu processo de “integração”.

Winnicott (1963b), ao examinar o desenvolvimento emocional primitivo aborda o desenvolvimento humano em termos de dependência, mudando gradualmente no sentido da independência. Ele postula três períodos do processo maturacional: “dependência absoluta”, “dependência relativa” e “rumo à independência”. Nesses períodos estão incluídas a maturação de processos emocionais primitivos como a “integração”, a “personalização” e a “realização” ou as “relações de objetos”, processos que dependem da provisão ambiental e que são fundamentais no desenvolvimento humano.

Na fase da dependência absoluta, existe uma “não-integração primária”, não há ego e, sim, núcleos egóicos. Nesse estado de não-integração existe uma ausência de globalidade tanto no espaço quanto no tempo. Não há vínculo entre o corpo e a psique. Existe um estado de “não-separação inicial mãe-bebê”, em que mãe e bebê estão fundidos em uma estrutura ambiente-indivíduo. Embora um observador externo, ao olhar para um bebê com sua mãe, possa ver duas pessoas, do ponto de vista do bebê há apenas uma só. Nesse estágio inicial não existe ainda um *self* individual capaz de discriminar entre o eu e o não-eu.

Conforme discutido no capítulo 03, com a função do *holding* (sustentação), a “mãe suficientemente boa” permite o processo de integração, no qual o ego se integra em uma unidade e tem-se o “eu sou” e o início da constituição do si mesmo. A integração é pensada como algo a ser alcançado, existe um estado de não-integração a partir do qual a integração se produz, e não como algo garantido no desenvolvimento individual humano. Winnicott mostra que apesar da existência de uma tendência biológica em direção à integração, ela só pode ser conquistada na presença de um “ambiente suficientemente bom”.

Na dependência absoluta, como não existe a realidade não-eu, as falhas ambientais não despertam frustrações, mas ameaças de aniquilação que são sentidas como ameaças à existência pessoal. São “agonias impensáveis”; agonias porque ameaçam a continuidade de ser, e impensáveis, por serem anteriores à qualquer representação mental. São exemplos delas: sensação de falta de fronteiras no corpo, ameaças de desintegração e de cair para sempre.

Com uma falha ambiental precoce, o sujeito pode ter seu processo de integração interrompido ou inviabilizado. Nesse caso, tem-se a ausência de uma função

materna que possibilite a construção imaginária de um corpo enquanto totalidade, e a criança fica presa a uma forma de identificação sensorial, denominada por Meltzer de “identificação adesiva”, em que a referência de si é feita por meio das sensações.

A criança então adere sensualmente ao objeto, colando-se nele e identificando-se com suas qualidades sensuais. Portanto, pode-se entender o uso que Igor faz do corpo da analista, tomando-o, de forma indiferenciada, como um prolongamento do seu próprio corpo e negando, assim, a existência de dois, de separação entre ambos, já que Igor existe nessa indistinção. Nesse caso, ainda não havia um ego que possibilitasse a ele ter um sentimento de si próprio e de continuidade de existência, precisando utilizar defesas autísticas que o possibilitavam viver e sobreviver às agonias que lhe remetiam as experiências de descontinuidade da existência.

No caso de Igor, a analista, ao utilizar como referencial teórico e clínico as idéias de Winnicott, pode funcionar como “mãe suficientemente boa”, identificando-se com seu paciente consciente e inconscientemente e em um estado de sensibilidade exacerbada, conseguindo uma adaptação sensível, ativa e delicada às necessidades do paciente. Dessa forma, foi possível proporcionar um ambiente *holding* para a criança e estabelecer a relação transferencial, por meio da qual se pôde retomar e sustentar o processo de integração da criança.

Tendo como base as idéias de Winnicott quanto à não-integração e à não-diferenciação inicial mãe-bebê, pode-se compreender melhor a importância da função especular da analista na relação transferencial com a criança e na constituição do eu, utilizando o texto clássico de Lacan (1949), intitulado o *Estádio do espelho*, já que para Lacan o estádio do espelho é a primeira identificação na existência de um ser humano.

Lacan ilustra o estágio do espelho introduzindo o espelho plano no momento em que o bebê (*infans*) se reconhece jubilarmente na imagem que lhe é proposta. Para o autor, o bebê antecipa o amadurecimento de seu próprio corpo, ao buscar o olhar do outro e ao entrar no estágio do espelho. Nesse estágio, a criança busca o olhar da mãe e se descobre no espelho, vendo sua imagem refletida. Assim, olha-se pela primeira vez como totalidade, como corpo inteiro, como unidade, buscando no olhar da mãe uma autenticação da imagem refletida.

Lacan revela que o estágio do espelho é uma identificação, é uma transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem e é, ainda, o ponto de partida da subjetividade humana, no qual se estabelece uma relação do organismo com sua realidade, em outras palavras, do mundo interno com o mundo externo.

No estágio do espelho, a criança forma uma representação de sua unidade corporal por identificação com a imagem do outro, que é externa. Nessa experiência especular ocorre uma cena de reconhecimento onde o outro diz: "esta imagem é você" e isso precipita na criança uma espécie de certeza de si que provoca uma experiência jubilatória. Aos poucos, a criança percebe que seu corpo, até então sentido como fragmentado, é algo único. Enfim, é por meio dessa experiência especular, com a mediação do outro, que a criança começa estruturar seu eu e conquistar a sua imagem corporal.

Cabe ressaltar que essa experiência especular não é um ato solitário, precisa ser acompanhada por outro. Dolto e Nasio (1987) ilustram isso com o caso clínico *A menina do espelho*, relatando com clareza o choque que a criança pode ter diante do espelho na ausência de alguém que testemunhe seu processo. É importante ressaltar que

o termo espelho nas obras de Dolto é entendido como *glace* e não *mirror*, já que os espelhos existem muito antes da descoberta do espelho plano.

Esse caso clínico representa o aspecto relacional e simbólico da experiência do espelho, mostrando como o estágio do espelho pode ser um momento de abalo do sentimento de existir da criança, em que procurando encontrar o outro a criança não encontra ninguém, demonstrando assim que a falta da relação do outro, quer seja da mãe quer seja de outra pessoa mediadora, pode ser dramática para a criança.

O caso trata de uma menina de dois anos e meio que veio dos Estados Unidos com os pais e um irmãozinho recém-nascido para uma temporada de dois meses em Paris. Em Paris, as crianças são confiadas a uma babá francesa que não fala inglês. Então, tem-se uma menina que fez uma viagem longa, que deixa seu ambiente familiar e as pessoas que cuidam dela e ainda que os cheiros, os barulhos, as presenças, as sensações, as idas e vindas e as separações cotidianas, já simbolizadas, estão ausentes. A criança também está em um país estrangeiro, imersa em uma língua que não conhece, tentando internalizar o seu novo lugar de irmã mais velha e entregue a uma babá que mal podia falar com ela e que passa muito tempo cuidando do recém-nascido.

Os pais estão sempre ausentes, visitando a cidade, e quando voltam, a mãe cuida do bebê ficando pouco disponível para a menina, que assim se vê entregue a si mesma, em um quarto desconhecido onde todos os móveis e paredes são recobertos de espelhos.

Pode-se imaginar que essa criança deve ter-se sentido sozinha, sem outras crianças e sem uma língua comum, e que ainda era invadida por uma multidão de outras “ela” que apareciam nos espelhos, crianças inteiras, fragmentos de crianças. “Dizer que, no início, os pais ficaram contentes em crê que estes múltiplos pedaços de espelhos a

divertiam bastante...; eles não se aperceberam de que sua filha cairia na loucura.” (Dolto e Nasio, 1987, p. 39).

Dolto conta que a menina fica perdida, desmembrada, despedaçada em todo o espaço daquele quarto inquietante. Não apenas encontra uma armadilha ilusória da relação com outra criança, como também, ao entrar no quarto, não pode escapar dela. Também não há ninguém para lhe dizer que é sua perna que ela está vendo no espelho, seu rosto ou a sua mão. Ninguém para lhe falar da ausência dos pais. Ninguém, enfim, que represente a mediação entre o espaço habitual e o espaço novo. E, assim, ela perde, a tal ponto, seus referenciais que, em dois meses, se torna “esquizofrênica”, perdendo ao mesmo tempo a linguagem e a possibilidade de mastigar.

Françoise Dolto explica que é terrível ver como a experiência do espelho, ou melhor, dos espelhos, havia dissociado e dispersado o ser da criança, mostrando, assim, como a imagem especular pode tanto integrar como também desintegrar a imagem inconsciente do corpo.

Lacan e Dolto são autores que revelam a importância da função especular no processo de integração da criança que ocorre *na* e *com* a presença e o testemunho do outro. Outra psicanalista lacaniana, Laznik-Penot (1993), ao escrever o fracasso da instauração da imagem do corpo, também ressalta o papel do olhar do outro no processo de constituição do sujeito.

Laznik-Penot chama atenção para o fato de que o não-olhar entre mãe e bebê constitui um dos principais signos que permitem atribuir, durante os primeiros meses de vida, a hipótese de um autismo, já que as estereotípias e as auto-agressões só aparecem no segundo ano. Para ela, no caso desse não-olhar não desembocar nessa síndrome assinala, em todo caso, uma grande dificuldade no nível da relação especular com o

outro e, em caso de não-intervenção, o estágio do espelho não se constituirá convenientemente.

Laznik-Penot (1995) trata a questão do olhar no sentido da presença materna que também pode se manifestar pela voz da mãe, distinguindo o olhar da visão, já que estudos sobre bebês cegos revelam que eles respondem ao olhar de suas mães sorrindo ou tocando seu rosto, enquanto bebês em sofrimento psíquico grave evitam o rosto e a voz da mãe. Assim, para a autora, a presença materna é significada pelo olhar da mãe quando esse olhar é mais o signo de um investimento libidinal do que o órgão responsável pela visão.

Já os casos clínicos em que estão presentes uma não-instauração da relação especular traduzem a presença/ausência materna por uma falha fundamental da própria presença original da mãe, tendo como consequência a impossibilidade da constituição do eu e do corpo, por meio da relação especular, com o outro.

Winnicott (1967b), sob a influência do texto *O estágio do espelho* de Lacan, publica o artigo intitulado *O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil*, introduzindo o rosto da mãe como um espelho. Entretanto, não se trata de um espelho plano que devolve à criança sua imagem como a de um outro, trata-se de um espelho que possui profundidade afetiva, que ressoa afetivamente, de modo que quando a criança olha é capaz de ver a si mesma. Quando o ambiente de *holding* falha, o rosto da mãe não espelha a criança, mas seus próprios afetos ou suas defesas. Nesse caso, a criança olha, mas não vê a si mesma, ela vê apenas o rosto da mãe, algo que pode ser olhado de um modo plano e não em profundidade, profundidade que permite a criança alocar-se, sentindo-se, de fato, vista e reconhecida.

Se o rosto da mãe não responde, o bebê não recebe de volta o que dá; ele olha e não vê a si mesmo. Consequentemente, o bebê organiza sua retirada ou não olha nada, o que leva sua capacidade criativa a atrofiar-se. Nessa situação em que a mãe não responde, Winnicott ressalta que há fases intermediárias. O autor relata que alguns bebês não abandonam inteiramente a esperança e estudam as variáveis feições maternas, em uma tentativa de predizer o humor da mãe. Nesse caso, o bebê rapidamente aprende a fazer uma previsão de que, em determinado momento, pode ficar seguro, esquecer do humor da mãe e ser espontâneo, mas também sabe que a qualquer momento o rosto da mãe se fixará ou seu humor dominará e suas próprias necessidades serão afastadas, pois, caso contrário, seu “eu” poderá ser afrontado.

Winnicott continua afirmando que depois disso encontra-se a predizibilidade, que é precária, e força o bebê aos limites de sua capacidade de permitir acontecimentos, o que acarreta uma ameaça ao caos e o bebê organiza a retirada ou não mais olhará, exceto para perceber, como defesa. Ao ser tratado dessa forma, o bebê cresce sentindo dificuldades em relação a espelhos e sobre o que o espelho tem a oferecer. “Se o rosto da mãe não reage, então o espelho constitui algo a ser olhado, não a ser examinado.” (Winnicott, 1967b, p. 155).

Neste momento, resgata-se o trecho citado no início da apresentação do caso clínico de Igor:

Quando olho, sou visto; logo, existo.
Posso agora me permitir olhar e ver.
Olho agora criativamente e sofro a minha apercepção e também percebo.
Na verdade, protejo-me de não ver o que ali não está para ser visto (a menos que esteja cansado). (Winnicott, 1967b, p. 157).

Nessa passagem, Winnicott vincula apercepção e percepção, postulando no indivíduo um processo histórico que está na dependência de ser visto. Caminhando nessa direção, Gondar (2006) explica que a passagem de olhar a ver ou de olhar e ser visto implica a passagem de um mundo de duas dimensões: de um mundo plano do espelho – um mundo *chato*, em todos os sentidos – para um mundo em três dimensões, um mundo com volumes e profundidade. Essa passagem traz, simultaneamente, dois processos fundamentais para a criança: o sentimento de si e a descoberta do sentido no mundo das coisas vistas. Em outros termos, a ressonância afetiva possibilita a criação de um universo de sentidos.

Winnicott vincula o vislumbre do bebê e da criança vendo o “eu” no rosto da mãe e, posteriormente, no espelho com o modo de olhar o processo de análise e a tarefa psicoterapêutica:

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).

Caminhando nesse sentido, Safra (2006) chama atenção para o fato de o narrar como um meio de intervenção terapêutica. O autor contrapõe o narrar à interpretação explicando que nem sempre o interpretar é o procedimento mais adequado e que, muitas vezes, “não há nada a ser interpretado mas há necessidade de que algo venha a ser narrado pelo analista”. Safra revela que, do ponto de vista do analista, narrar é apresentar uma experiência própria se aproximando do jogo de rabisco winnicottiano.

Assim, na clínica, narrar é equivalente ao rabiscar, para que o analisando possa vir a experimentar a presença do outro que possibilita o acesso ao pertencer e à experiência do reconhecimento de si.

Cabe ressaltar que a capacidade de espelhamento e de ressonância da mãe não se reduz à esfera do visto, incluindo toques, olhares, brincadeiras, a melodia da voz, as entonações e seus ritmos, a velocidade da fala. Da mesma forma, o analista, funcionando como “mãe suficientemente boa”, pode ter esses mesmos aspectos funcionando como um ambiente *holding* e como base para o manejo da relação transferencial para além da interpretação. Contudo, nesta dissertação, focam-se as questões relativas ao olhar, ao corpo e à voz, já que foram esses os três aspectos em evidência na relação transferencial descrita nos casos clínicos apresentados.

Na clínica com Igor, o olhar pode funcionar como elemento de *holding*, dando sustentação e amparo para a criança. Nesse caso, verifica-se a importância da relação transferencial na constituição psíquica da criança e, mais especificamente, a importância do olhar e do corpo enquanto presença da analista na transferência para o início do reconhecimento de Igor enquanto sujeito e para a retomada de seu processo de integração.

Além disso, o olhar e o espelho puderam se transformar em experiências constitutivas para a criança que, ao serem intermediadas pela analista foram sentidas e nomeadas, adquirindo sentido e servindo de suporte para a constituição de uma imagem própria, o que possibilitou Igor a habitar o próprio corpo, reconhecendo suas partes e seus limites.

O corpo de Igor – ao ser significado pelo olhar e pela nomeação da analista – pôde deixar de ser um amontoado de partes não-integradas para começar a criar sua

dimensão de sujeito unificado. Neste trabalho, o corpo refere-se ao registro das representações psíquicas e não apenas ao registro orgânico e biológico. O corpo é visto como possibilidade de si mesmo a partir da intermediação do outro. No caso de Igor, o corpo enquanto organismo fisiológico pode se constituir em uma representação psíquica, ser morada da subjetividade e ser vínculo de dor, alegria e afeto, possibilitando o desenvolvimento da linguagem corporal. Além disso, o corpo pode se constituir como lugar de saber, orientando, a partir da corporeidade, a criança a reconhecer suas necessidades fundamentais.

Com relação à função especular do analista, Safra (1995) afirma que, muitas vezes a questão dentro do trabalho de análise “trata-se não de fazer interpretações brilhantes, mas sim de devolver ao paciente o que ele traz consigo, para que ele possa encontrar a si mesmo e sentir-se real.” (p. 120).

No caso descrito, ainda pode-se verificar a importância de acontecimentos sensoriais não-verbais não apenas como forma de estabelecer a situação transferencial, mas também como fenômenos a partir dos quais existe uma possibilidade de ocorrer uma discriminação entre o próprio corpo e o corpo do outro. O caso de Igor revela uma situação clínica que não ocorre a partir das interpretações e do verbal, mas fundamentalmente pelo estabelecimento de vínculos sensoriais não-verbais como o olhar e o corpo.

Como esclarece Winnicott, quando se está diante de um caso clínico no qual a estrutura pessoal ainda não está integrada e é anterior à aquisição da unidade pessoal em termos de espaço e de tempo, a ênfase recai sobre o manejo clínico e sobre o estabelecimento de um ambiente *holding*, até porque momentos de indiferenciação, vividos no campo transferencial, não são acessíveis à capacidade simbólica, são

experiências que só acontecem e que precisam ser manejadas como eventos sensoriais não-verbais. Assim, o analista precisa ser e estar permeado pelas sensações, podendo presentificar com seu corpo a expressão emocional do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação, se dispôs a investigar a transferência na clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave.

Utilizou-se a expressão sofrimento psíquico grave com o intuito de ir além do saber adquirido, fugindo do entendimento da *doença* para se entender o *sujeito*, compreendendo o sujeito na sua individualidade e enxergando-o como um ser histórico, social e cultural, o que ultrapassa as categorias de classificação e possibilita enxergar o sujeito em suas necessidades fundamentais e existenciais.

Foi realizada uma crítica a abordagens reducionistas e organicistas, que acabam fazendo uma predição negativa do futuro da criança e dos pais, e foi adotada a postura clínica de escutar o sujeito para além da patologia e do sintoma, pensando a criança como um ser com singularidades, na qual sua forma de ser não se vincula somente à psicopatologia, mas, sobretudo, à constituição psíquica. Com essa postura, o analista abre espaço para que a experiência clínica seja fundada no acolhimento, na espontaneidade e na criatividade.

Com relação à história da clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave, foi constatado que o manejo da relação transferencial é realizado por meio de interpretações verbais, e que a postura básica do analista é marcada pela interpretação discursiva do comportamento da criança ou pela tradução discursiva dos significantes apresentados. Diante disso, discutiu-se o lugar de analista intérprete, herança clássica kleiniana, no qual o papel da analista é o de interpretar, o mais breve possível, o simbolismo revelado por detalhes do comportamento da criança, mesmo na ausência da fala e do brincar simbólico.

Contudo, a partir das obras de Winnicott, mostrou-se o desenvolvimento de uma abordagem diferente da tradicional, que contribuiu de forma significativa para a clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave. Em vez de se restringir a análise à compreensão do intrapsíquico, como Anna Freud e Melanie Klein, Winnicott ressalta a importância da compreensão do ambiente no desenvolvimento emocional primitivo.

A partir das ideias de Winnicott, ressaltaram-se alguns aspectos da relação transferencial na clínica com pacientes em sofrimento psíquico grave. Dentre esses aspectos discutiu-se a noção de *holding*, o modelo da “mãe suficientemente boa” como norteador da transferência, a “regressão à dependência” na transferência como instrumento fundamental do trabalho de análise e o uso terapêutico da falha do analista.

Foi discutido o fato de a clínica com crianças em sofrimento psíquico grave colocar em questão a perspectiva clássica de que a análise de qualquer pessoa pode ser feita por meio da linguagem verbal. Esclareceu-se e ilustrou-se, por meio dos casos clínicos apresentados, que nessa clínica, muitas vezes, a técnica clássica da interpretação está inabilitada, não sendo possível interpretar, decodificar ou traduzir os comportamentos dessas crianças, além de, em alguns casos, a interpretação ser invasiva, podendo levar a experiências e a estados confusionais e aprofundar a solidão e a agonia do paciente. Assim, o trabalho de análise entra em uma situação de impasse, pois a técnica da interpretação empregada ameaça ainda mais o paciente, levando-o a experiências de desintegração e de fragmentação ainda maiores.

Diante disso, refletiu-se sobre o lugar do analista na relação transferencial para além da interpretação. Ressaltou-se a questão do uso de objetos e sua influência sobre a técnica da interpretação, a importância da sobrevivência do analista e o

desenvolvimento da capacidade de brincar. Foi apresentado o estudo clínico de Leonardo, no qual a transferência é marcada pela destruição e pela sobrevivência da analista em um ambiente *holding*, a partir do qual a criança pôde retomar o processo de constituição de si mesmo e da externalidade do mundo, ilustrando a importância do trabalho transferencial para além das interpretações verbais.

Por meio do estudo sobre as especificidades da transferência na clínica com crianças em sofrimento psíquico grave, verificou-se que a condução do processo de análise desses pacientes demandam a utilização de outros recursos e de outros modos de trabalho. Observou-se a importância de se estabelecer um *setting*, no qual o paciente possa encontrar os elementos fundamentais que podem ir ao encontro das necessidades de constituição de si. Isso implica no estabelecimento de um ambiente *holding* que tenha como característica a confiabilidade por meio do qual o analista pode estar em disponibilidade e relacionado empaticamente com o paciente.

Com essa postura, o analista pode encontrar outras formas de estar com o paciente – ao modo desse – para além da questão da interpretação, respeitando assim a subjetividade e a singularidade do modo de ser e de estar no mundo do sujeito. Essa postura também amplia o papel do analista, levando-o a prestar atenção nas formas sensoriais não-verbais, a partir das quais a relação transferencial pode ser manejada. Assim, levar em conta os vínculos sensoriais não-verbais na transferência amplia consideravelmente a clínica psicanalítica e o agir do analista, adquirindo um âmbito maior do que a clínica que utiliza como recurso único e específico a interpretação verbal.

Desse ponto de vista, o trabalho do analista não consiste apenas em interpretar, desvelando sentidos ocultos, mas também trabalhar na construção de sentidos:

A tarefa do analista vai, pois, muito além de completar as lacunas. É um fazer sobre traços, impressões intraduzíveis, aquilo que o corpo em toda sua sensualidade (olhar, ouvir, cheiras, provar, tocar e ser tocado) experimentou, antes que se possa “segurar a palavra”. Impressões que revelam o paciente em seus gestos, atuações, modos de ser e estar, “restos que sobrevivem”, “reações que datam da mais tenra infância”, que se repetem e que falam da sua história primitiva. (Coelho, 2006, p. 89-90).

Dentre os vínculos sensoriais não-verbais, ressaltou-se a importância do corpo, da voz e do olhar não apenas para o processo de constituição do sujeito como também para o manejo da relação transferencial. Isso pôde ser ilustrado por meio do estudo clínico de Igor, no qual a transferência foi marcada pelo olhar e pelo corpo da analista na retomada do processo de integração da criança.

Com relação aos casos apresentados, ao realizar um estudo comparativo entre eles, verifica-se que, em ambos os casos, estavam presentes um isolamento afetivo e social e uma impossibilidade de a analista utilizar a técnica clássica da interpretação. Diante da impossibilidade de interpretar as falas e as ações das crianças, a alternativa foram os vínculos sensoriais não-verbais, a partir dos quais a relação transferencial pôde ser analisada.

Contudo, as relações transferenciais foram constituídas de elementos distintos. Em Leonardo, o isolamento se dava na presença de uma vida fantasiosa confusional que enviava a analista a um estado de *nonsense*, no qual era impossível interpretar ou atribuir sentido as falas da criança. Já, em Igor, havia isolamento, ausência de fantasias e ações estereotipadas, que impossibilitavam a analista atribuir sentido às ações da criança, interpretando-as.

Tustin (1981), em *Estados Autísticos em Crianças*, esclarece que na clínica com crianças em sofrimento psíquico grave existem dois tipos principais de “reações

autísticas” pelos quais a criança evita a realidade não-eu. São as “reações de encapsulamento” que fecham o mundo exterior não-eu, como no caso de Igor, e as “reações confusionais” que obscurecem, mas não fecham completamente o mundo exterior como com Leonardo.

A partir da relação transferencial com cada criança, pôde-se observar a demanda de tipos de acolhimento diversos, o que também auxilia na elaboração de diagnósticos diferenciais, uma vez que características presentes na transferência informam o analista sobre necessidades e perspectivas de tratamento.

Também foi discutido o fato de Winnicott ampliar a noção de transferência, que em sua concepção está relacionada ao registro existencial e não à questão do deslocamento. Foi visto que, para Winnicott, o que move a transferência não é o presente como fruto do descolamento do passado (Freud), nem o externo como deslocamento do interno (Klein) e, sim, a tendência do sujeito de realizar seu *self* que o coloca sempre em devir.

Verificou-se que, em Winnicott, a transferência está relacionada à expectativa de si mesmo e a situação de análise é compreendida não só como repetição do passado e como possibilidade de *insight*, mas também como um campo de constituição e de acontecimento no qual algo *acontecerá*.

Para Winnicott, a dimensão transferencial está fundada na busca originada na necessidade do paciente e na busca de um outro que possa auxiliá-lo a se constituir e a colocar em devir o que traz em forma de sofrimento. Desse modo, o sujeito busca o analista não apenas como repetição, mas como possibilidade de desvelar o novo, de encontrar aquilo que ainda não aconteceu, do inédito e do acontecimento. O analista não é apenas representação do passado, mas também do futuro. Não serve apenas para

resignificar o vivido, mas como oferta de proporcionar o não-vivido. É esperança do paciente de um encontro, de um por vir e da realização de si mesmo.

Nessa perspectiva, a compreensão do fenômeno transferencial fica complexificada e enriquecida, levando a compreender o encontro entre analista-analisando como uma possibilidade de constituição psíquica que abrange algo além da mera reedição de experiências.

Winnicott é incisivo quanto à possibilidade do trabalho de análise ser estruturante de um sentido para o eu. Essa formulação considera a análise operando no campo intersubjetivo e funcionando como um espaço transicional criativo por excelência. Com essa idéia, o eixo transferência-contratransferência se estabelece como um espaço transicional em que a criatividade emerge como um dos objetivos do trabalho. Assim, a relação analítica não pode ser examinada sem que se considerem os requisitos necessários para que o analista consiga acolher aspectos anteriores à capacidade de representação simbólica, mas que carregam sentido subjetivo. Isso leva a compreender a relação transferencial não só como um campo para a revivescência das experiências, mas também como um campo de experiência, incluindo experiências sensoriais.

Um dos lugares do analista nessa clínica é o de criação de possibilidades para a retomada do processo maturacional do indivíduo. Como consequência, os parâmetros clássicos para os quais se voltava o analista – como a interpretação verbal do complexo de Édipo, dos sonhos e dos atos falhos –, embora mantenham sua eficácia, passam a um plano secundário na intervenção clínica.

A partir dessas considerações, concebe-se a *noção de experiência* como aspecto central no processo de análise, entendendo que a sessão analítica ocorre em uma dimensão que transcende a reedição de vivências, proporcionando a instauração de

processos inaugurais na constituição psíquica do sujeito. Para Winnicott, a questão fundamental do processo de análise não é proporcionar *insights* ou conhecimentos, mas experiências que possibilitem a retomada do processo de desenvolvimento maturacional. Nesse sentido, o campo analítico enquanto campo potencial é concebido como um lugar onde diversas experiências podem ocorrer e ser integradas.

Tomando como base a experiência do jogo da espátula (Winnicott, 1941), observa-se que o importante na clínica winnicottiana é que “uma experiência ocorra em toda a sua extensão” na transferência, o que proporciona uma “lição de objeto” a partir da qual o indivíduo tem uma experiência de acontecimento que possibilita a modificação da maneira como ele se coloca frente a si mesmo, aos outros e ao mundo, ou seja, como ele conduz seu gesto criativo.

Safra (1995) denomina essas modificações de “momentos mutativos”, momentos em que o paciente sente-se confiante em regredir e em buscar na figura do analista um objeto com que possa estabelecer uma experiência prototípica que não havia sido possível no passado do paciente. O autor explica que essa experiência não só muda a visão que o paciente tinha do mundo, das relações objetais e de si mesmo, mas também reintegra no seu psiquismo aspectos dissociados do próprio eu que não puderam ser integrados e vivenciados de forma positiva. Enfim, nesses momentos, se está em presença de uma aquisição significativa no universo pessoal do sujeito, proporcionada pela dinâmica da relação transferencial.

No que se refere ao tipo de acolhimento que o analista deve proporcionar, cita-se Safra:

A sessão será mais um *espaço de experiência* do que um *lugar de cognição*. O trabalho com a transferência não será tanto feito pela interpretação decodificadora, mas pela utilização dela como campo de

aparecimento do gesto que apresenta o *self* do paciente. O analisando busca o analista na esperança de encontrar a função e o campo que lhe possibilitarão emergir como ser existente e inserido na cultura e na história do homem. Busca a experiência pela qual poderá criar a constituição e a evolução de seu *self*. Essa experiência organiza-se em vivência estética que dá origem aos símbolos do *self*. Temos, por estes vértices, todo um âmbito de trabalho e investigação no campo psicanalítico. (Safra, 2005a, p. 30, grifo do autor).

Essa postura vem ao encontro da ampliação do enquadre clínico, uma vez que ambiciona o estabelecimento de um vínculo com o paciente, preocupando-se em acolher falhas ocorridas precocemente no desenvolvimento emocional do sujeito e que foram determinantes na instituição de uma estrutura psíquica frágil.

Compartilhando da concepção winnicottiana da relação transferencial, foi mostrada a importância de o analista se manter em disponibilidade para o paciente não apenas como figura de transferência, mas também como pessoa real que possibilita experiências. A partir da análise das obras de Freud e de Klein, pôde-se verificar que o analista deve ser um espelho quase invisível de sua personalidade, nada de si deve ser revelado na relação transferencial e nada de sua singularidade pode aparecer no *setting*, ou seja, o analista está no lugar da neutralidade e da abstinência. Essa concepção de neutralidade e de abstinência marca uma ética fundada na noção de transferência como deslocamento, no qual o analista não deve promover os descolamentos, mas, sim, aceitá-los a partir do analisando. Com essa regra, o paciente pode projetar suas fantasias e seus desejos transferenciais e o analista pode interpretá-los.

Contudo, na clínica winnicottiana, a noção de transferência não está relacionada à questão do deslocamento; o analista é importante não só como pessoa que possibilita a projeção e como pessoa de transferência, mas também como pessoa real com a qual se pode relacionar, usar e brincar, nas palavras de Alvarez (1992), como

“companhia viva”. Assim, ambos, analista e analisando, estão implicados no processo psicanalítico.

Diante disso, Safra (2000) explica que a ética na concepção winnicottiana não é dada pela questão da neutralidade, mas do rigor; no rigor do analista frente à questão que o paciente formula. A ética está marcada pelo reconhecimento da questão da alteridade e da singularidade da experiência humana. O analista é pessoa em disponibilidade para o outro, que não apenas observa e interpreta, mas também brinca junto. Nessa concepção, a própria situação clínica se dá pelo encontro humano. Percebe-se, então, que ao trabalhar no campo da transicionalidade e com base na noção de espaço potencial rompe-se com a idéia de neutralidade e de abstinência do analista.

Safra (2005b) esclarece que o ser humano cria campos estéticos, espaciais e temporais, e que, como corpo vivo, o analista é afetado por esses campos que revelam a história, o sofrimento e as questões do paciente. Assim, têm-se duas formas de comunicação, aquilo que o paciente fala e aquilo que ele faz o analista sentir por meio desses campos. Essa comunicação traz a possibilidade de o analista, por meio da sensibilidade e da alteridade, colocar em palavras aquilo que esses campos informam sobre o paciente. Compreende-se, então, que a clínica é caracterizada por dois momentos: o primeiro momento em que as experiências são vivenciadas, e o segundo, em que as experiências são vinculadas às histórias de vida do paciente, resignificando-as. O paciente vive a experiência e a integra, apropriando-se reflexivamente sobre si mesmo.

Diante do exposto, observa-se que a interpretação e o *setting* analítico a ser estabelecido com a criança em sofrimento psíquico grave sofreram modificações significativas. Cabe ao analista desenvolver atitudes clínicas diferenciadas, que

permitam a aplicabilidade da técnica psicanalítica, nas quais a relação transferencial com a criança pode ser estabelecida não apenas a partir da interpretação dos desenhos e do brincar, mas a partir da criatividade primária da criança e de sua forma criativa de estar no mundo.

Conclui-se então que o lugar do analista nessa clínica é o lugar que cada criança o coloca com todas as suas singularidades e suas particularidades. Assim, com cada criança o lugar do analista é único e ao mesmo tempo é múltiplo. Dessa forma, o analista se retira do conteúdo e procura compreender o processo da criança. Daí a importância de se observar o modo que a criança brinca e qual o lugar que coloca o analista, lugar a partir do qual ela pode adquirir a capacidade de usá-lo.

Quando a análise se volta prioritariamente para as singularidades, as particularidades e os processos de constituição psíquica do sujeito, ela implica que o analista esteja para além da postura de intérprete, acolhendo a criatividade primária e os vínculos sensoriais não-verbais resgatados na relação transferencial entre analista e analisando. Assim, a intervenção do analista não se reduz à interpretação, ela assinala, também, um acontecimento, uma experiência que se dá no campo transferencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E VIDEOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. (1982). Psicanálise da Criança: Teoria e Técnica. Tradução: Ana Lúcia Leite Campos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- ABRAM, J. (1996). A linguagem de Winnicott. Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: RevinteR, 2000.
- ALVAREZ, A. (1992). Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- BERCHERIE, P. (1983). A clínica psiquiátrica da criança. Estudo Histórico. In: Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura. Tradução Oscar Cirino. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.
- BERLINCK, M. T. (1999). Autismo, paradigma do aparelho psíquico. Estilos da Clínica, São Paulo, v. 04, n. 07, p. 30-42.
- BION, W. R. (1957). Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não psicótica. In: Estudos psicanalíticos revisados. Rio de Janeiro: Imago, 1994, p. 55-77.
- CELES, L. A. (2005). Psicanálise é o nome de um trabalho. Psicologia Clínica, v.17, n 03, p.157-171.
- CINTRA, E. M. U. (2006). As funções anti-traumáticas do objeto primário: *holding*, *continência* e *rêverie*. In: CINTRA, E. M. U. (org). O corpo, o eu e o outro em psicanálise: ciclo de palestras na Clínica Dimensão. Goiânia: Dimensão, 2006.
- CINTRA, E. M. U; FIGUEIREDO, L. C. (2004). Melanie Klein: estilo e pensamento. São Paulo: Escuta.

- CIRINO, O. (2001). Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura. Belo Horizonte: Autêntica.
- COELHO, H. A. (2006). O homem, um poema inacabado – O indizível em análise: imagem e construção. Cadernos de Psicanálise - CPRJ, Rio de Janeiro, ano 28, n. 19, p. 87-99.
- COSTA, I. I. (2003). Da Fala ao Sofrimento Psíquico Grave: ensaios a cerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia. Brasília: Positiva/Abrafipp.
- DIAS, E. O. (1999). Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica. Natureza Humana, São Paulo, v. 01, n. 02, p. 283-322.
- DIAS, E. O. (2002). Da sobrevivência do analista. Natureza Humana, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 341-362.
- DOLTO, F.; NASIO, J. D. (1987). A Criança do Espelho. Tradução: Alba Maria Nunes de Almeida. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- FÉDIDA, P. (1988). Clínica psicanalítica: estudos. Tradução de Martha Silva e Regina Steffen. São Paulo: Escuta.
- FÉDIDA, P. (1991). Auto-erotismo e autismo: condições de eficácia de um paradigma em psicopatologia. In: Nome, figura, memória. A linguagem na situação psicanalítica. Tradução de Martha Gambini e Claudia Berliner. São Paulo: Escuta.
- FENDRIK, S. (1991). Ficção das origens: contribuição à história da teoria da psicanálise de crianças. Tradução: Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas.

- FERNANDES, M. H. (2002). Entre a alteridade e a ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista. In: CINTRA, E. M. U. (org). O corpo, o eu e o outro em psicanálise: ciclo de palestras na Clínica Dimensão. Goiânia: Dimensão, 2006.
- FIGUEIREDO, L. C. (2003). Transferência, contratransferência e outras coisinhas mais, ou A chamada pulsão de morte. In: Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea. São Paulo: Escuta, cap. 06, p. 127-158.
- FIGUEIREDO, L. C. (2000). Presença, implicação e reserva. In: FIGUEIREDO, L. C; COELHO JUNIOR, N, Ética e técnica em psicanálise. São Paulo: Escuta.
- FONSECA, V. M. L. (2005). Uma voz na escuridão: a função sensorial da voz no tratamento psicanalítico da criança autista. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- FONTES, I. (2002). Memória corporal e transferência. Fundamentos para uma psicanálise do sensível. São Paulo: Via Lettera, 2002.
- FOUCAULT, M. (1972). História da loucura na idade clássica. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 8ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2005.
- FREUD, A. (1926). O Tratamento Psicanalítico de Crianças. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1971.
- FREUD, S. (1985). Estudos sobre a histeria. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 02.
- FREUD, S. (1900). A interpretação dos sonhos. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 05.

- FREUD, S. (1905 [1901]). Fragmento da análise de um caso de histeria. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 07.
- FREUD, S. (1909). Análise da Fobia de um Menino de Cinco Anos. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 10.
- FREUD, S. (1911). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 12.
- FREUD, S. (1912). A dinâmica da transferência. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 12.
- FREUD, S. (1914). Recordar, repetir e elaborar. (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 12.
- FREUD, S. (1915 [1914]). Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 12.

- FREUD, S. (1917 [1916]). Conferência XXVII: Transferência. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 16.
- FREUD, S. (1924). A perda da realidade na neurose e na psicose. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 19.
- FREUD, S. (1925 [1924]). Um estudo autobiográfico. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 20.
- FREUD, S. (1933[1932]). Conferência XXXIV: Explicações, aplicações e orientações. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.22.
- FREUD, S. (1937a). Análise terminável e interminável. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.23.
- FREUD, S. (1937b). Construções em análise. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.23.
- FURTADO, A. M. (2006). O resgate da sensorialidade na transferência. Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- GARCIA-ROSA, L. A. (1991). Pesquisa de tipo teórico. In: Psicanálise e Universidade: Atas do Primeiro Encontro de Pesquisa Acadêmica em Psicanálise, Núcleo de

pesquisa em psicanálise do programa de estudos pós-graduados em psicologia clínica da PUC-SP, 1994.

GONDAR, J. (2006). Interpretação, ato e *holding*. Cadernos de Psicanálise - CPRJ, Rio de Janeiro, ano 28, n. 19, p. 101-119.

KANNER, L. (1943). Os distúrbios do contato afetivo. In ROCHA, P. (org), Autismos. São Paulo: Escuta, 1997, p. 111-170.

KLEIN, M. (1924). A técnica da análise de crianças pequenas. In: A psicanálise de crianças Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1997, v. 02, cap.2, p. 36-54.

KLEIN, M. (1926). Princípios psicológicos da análise de crianças pequenas. In: Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.01, cap. 6, p.152-163.

KLEIN, M. (1927). Simpósio sobre a análise de crianças. In: Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.01, cap. 7, p. 164-196.

KLEIN, M. (1929). Personificação no brincar das crianças. In: Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.1, cap.10, p.228-239.

KLEIN, M. (1930a). A importância da formação dos símbolos no desenvolvimento do ego. In: Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.01, cap.12, p.249-264.

KLEIN, M. (1930b). A psicoterapia das psicoses. In: Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.1, cap.13, p.265-270.

- KLEIN, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: Inveja e Gratidão e outros trabalhos. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1991, v.03, cap.01, p.17-43.
- KLEIN, M. (1952). As origens da transferência. In: Inveja e Gratidão e outros trabalhos. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1991, v.3, cap.04, p.70-79.
- LACAN, J. (1949). O Estádio do Espelho como Formador da Função do eu. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.
- LAGACHE, D. (1980). A transferência. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- LAPLANCHE, J. (1993). Da transferência: sua provocação pelo analista. Percurso, n 10, p. 73-83.
- LAZNIK-PENOT, M. C. (1993). Do fracasso da instauração da imagem do corpo ao fracasso da instauração do circuito pulsional. In: LAZNIK-PENOT, M. C. (Org), O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas. Tradução: Cláudia Mascarenhas Fernandes. Salvador: Ágalma-Psicanálise, 1994.
- LAZNIK-PENOT, M. C. (1995). Os efeitos da palavra sobre o olhar dos pais, fundador do corpo da criança. In: A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito. Tradução: Daniele de Brito Wanderley. Salvador: Ágalma, 2004.
- LEBOVICI, S; DUCHÉ, D. J. (1991). Os conceitos de autismo e psicose na criança. Visão histórica geral. Reflexões sobre suas relações. In: LEBOVICI, S; MAZET, P. Autismo e psicoses da criança. Tradução Leda Maria Fischer Bernadino. Porto Alegre: Artes Médicas.

- LITTLE, M. I. (1990). Ansiedades psicóticas e prevenção: Registro pessoal de uma análise com Winnicott. Tradução Maria Clara de Biase Fernandes. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- LOPARIC, Z. (2006). De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. Winnicott E-Prints, v. 05, n. 01, p. 1-29.
- MAHLER, M. (1979). As psicoses infantis e outros estudos. Tradução Helena Mascarenhas de Souza. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- MANO, B. C. B. (2006). O sopro do lobo: a noção de Eu-pele no manejo clínico. Cadernos de Psicanálise - CPRJ, Rio de Janeiro, ano 28, n. 19, p. 57-69.
- MARTINS, A. A. (2004). Estudo comparativo do conceito de transferência em Freud e Winnicott. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- MARTINS, F. (2005). Psicopathologia I: Prolegômenos. Belo Horizonte: PUC Minas.
- OGDEN, T. H. (1994). Os sujeitos da psicanálise. Tradução Cláudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
- ROCHA, P. Org. (1997). Autismos. São Paulo: Escuta
- ROUDINESCO, E., PLON, M. (1998). Dicionário de psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- SAFRA, G. (1991). Pesquisa com material clínico. In: Psicanálise e Universidade: Atas do Primeiro Encontro de Pesquisa Acadêmica em Psicanálise, Núcleo de pesquisa em psicanálise do programa de estudos pós-graduados em psicologia clínica da PUC-SP, 1994.
- SAFRA, G. (1995). Momentos mutativos em psicanálise: uma visão winnicottiana. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

- SAFRA, G. (1996). O trabalho não-verbal na análise de crianças. Espaço Criança, v. 2, n. 1, p. 55-29.
- SAFRA, G. (2000). Análise de crianças: o lugar e a ação do terapeuta. Dialogando com Alice no país das maravilhas. (DVD-VÍDEO). Série: A visão clínica de Gilberto Safra. Conferência proferida em 25/10/2000. São Paulo: Realização Edições Sobornost, 2000, 1 DVD (91min).
- SAFRA, G. (2001). Investigação em psicanálise na universidade. Psicologia USP, v. 12, n. 02, p. 171-175.
- SAFRA, G. (2003). O analista no lugar do sonho de si mesmo. Estudo de *holding* e interpretação. (DVD-VÍDEO). Aula ministrada em 25/03/2003 no curso de pós-graduação em psicologia clínica da PUC-SP. São Paulo: Realização Edições Sobornost, 2003, 1 DVD (105 min).
- SAFRA, G. (2004a). A po-ética na clínica contemporânea. São Paulo: Idéias e Letras, 2004.
- SAFRA, G. (2004b). Conceito de transferência em Freud. (DVD-VÍDEO). Curso completo: psicanálise e psicoterapia: teorias e técnicas. Série: A visão clínica de Gilberto Safra. Aula 05 ministrada em 15/10/2004. São Paulo: Realização Edições Sobornost, 2004, 1 DVD (92 min).
- SAFRA, G. (2004c). Explorando as ansiedades psicóticas. (DVD-VÍDEO). Aula ministrada em 09/11/2004 no curso de pós-graduação da PUC-SP. São Paulo: Realização Edições Sobornost, 2004, 1 DVD (90 min).
- SAFRA, G. (2004d). Melanie Klein: possibilidades e limites. A importância do impulso destrutivo no ser humano. (DVD-VÍDEO). Aula ministrada em 12/11/2004 no

- curso de graduação em psicologia clínica da Universidade de São Paulo - USP.
São Paulo: Realização Edições Sobornost, 2004, 1 DVD (72 min).
- SAFRA, G. (2004e). Winnicott: da pediatria à psicanálise. (DVD-VÍDEO). Série: A
visão clínica de Gilberto Safra. Aula 11 ministrada em 19/11/2004. São Paulo:
Realização Edições Sobornost, 2004, 1 DVD (85 min).
- SAFRA, G. (2005a). A face estética do self: teoria e clínica. São Paulo: Idéias e Letras/
Unimarco Editora, 2005.
- SAFRA, G. (2005b). A resposta do paciente à contratransferência. Transferência
neurótica e transferência psicótica. Estudo sobre as contribuições teóricas e
clínicas de Margaret Little. (DVD-VÍDEO). Série: Contribuição do grupo
independente na visão de Gilberto Safra. Aula ministrada em 15/03/2005 no
curso de pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP. Realização Edições
Sobornost, 2005, 2 DVDs (120 min).
- SAFRA, G. (2005c). Método de pesquisa: do projeto à elaboração do texto final. (DVD-
VIDEO). As metodologias contemporâneas e suas bases epistemológicas, com
foco na pesquisa em psicologia e psicanálise. Série: A pesquisa na área de
humanidade segundo Gilberto Safra. Aula ministrada no dia 16/03/2005 no
curso de pós-graduação em Psicologia Clínica da USP. São Paulo: Realização
Edições Sobornost, 2005, 1 DVD (105 min).
- SAFRA, G. (2005d). A resposta total do analista às necessidades do paciente. Estudo
sobre as contribuições teóricas e clínicas de Margaret Little. Transferência
neurótica e transferência psicótica. (DVD-VÍDEO). Série: Contribuição do
grupo independente na visão de Gilberto Safra. Aula ministrada em 12/04/2005

no curso de pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP. Realização Edições Sobornost, 2005, 2 DVDs (120 min).

SAFRA, G. (2005e). A transferência delirante (psicótica). Estudo sobre as contribuições teóricas e clínicas de Margaret Little. Transferência neurótica e transferência psicótica. (DVD-VÍDEO). Série: Contribuição do grupo independente na visão de Gilberto Safra. Aula ministrada em 26/04/2005 no curso de pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP. Realização Edições Sobornost, 2005, 2 DVDs (120 min).

SAFRA, G. (2005f). Donald Winnicott: possibilidades e limites. (DVD-VÍDEO). Série: A visão clínica de Gilberto Safra. Aula 12 ministrada em 23/09/2005 na Universidade de São Paulo - USP. São Paulo: Realização Edições Sobornost, 2005, 1 DVD (76 min).

SAFRA, G. (2006). Desvelando a memória do humano: o brincar, o narrar, o corpo, o sagrado, o silêncio. São Paulo: Edições Sobornost, 2006.

SAFRA, G. (2007a). Transferência: o estar diante, o estar em, o estar com. Curso PROFOCO 2007. Curso ministrado em 21/04/2007 na Universidade Paulista – UNIP. São Paulo.

SAFRA, G. (2007b). Interpretação: em direção à narrativa dialógica e polifônica. (DVD-VÍDEO). Série: PROFOCO – Programa de Formação Continuada com o Prof. Dr. Gilberto Safra. Curso ministrado em 29/09/2007. São Paulo: Realização Edições Sobornost, 2007, 4 DVDS (6 horas).

SIPAHI, F. M. (2006). A interpretação na psicanálise winnicottiana. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

- TACHINARD, S. R. (1993). Três ensaios sobre a transferência: um estudo em Freud.
Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- TAFURI, M. I. (2003). Dos sons a palavra: explorações sobre o tratamento psicanalítico da criança autista. Brasília: Positiva/Abrafipp
- TUSTIN, F. (1972). Autismo e Psicose Infantil. Tradução Izabel Casson. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- TUSTIN, F. (1981). Estados Autísticos em Crianças. Tradução Joseti Marques Xisto. Rio de Janeiro: Imago, 1984.
- UCHITEL, M. (1997). Além dos limites da interpretação: indagações sobre a técnica psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- WINNICOTT, D. W. (1931). Notas sobre normalidade e ansiedade. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 1, p.57-76.
- WINNICOTT, D. W. (1938-63-66). Três revisões de livros sobre autismo. In: Pensando sobre crianças. Organizado por Ray Shepherd, Jennifer Johns, Helen Taylor Robinson. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, cap.24, p. 175-178.
- WINNICOTT, D. W. (1935). A defesa maníaca. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 11, p. 199-217.
- WINNICOTT, D. W. (1941). A observação de bebês numa situação padronizada. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 04, p. 112-132.

- WINNICOTT, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 12, p. 218-232.
- WINNICOTT, D. W. (1948). Necessidades ambientais; os estágios iniciais; dependência total e independência essencial. In: SHEPHERD, R., JOHNS, J.; ROBINSON, H. T. (org). Pensando sobre crianças. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, cap.04, p. 51-56.
- WINNICOTT, D. W. (1949). O ódio na contratransferência. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 15, p. 277-287.
- WINNICOTT, D. W. (1950-55). A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 16, p. 288-304.
- WINNICOTT, D. W. (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 18, p. 316-331.
- WINNICOTT, D. W. (1952). Psicoses e cuidados maternos. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 17, p. 305-315.
- WINNICOTT, D. W. (1953). Tolerância ao sintoma em pediatria: relatório de um caso. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 9, p. 168-186.

- WINNICOTT, D. W. (1954). Retraimento e regressão. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 20, p. 347-354.
- WINNICOTT, D. W. (1954-5). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 22, p. 374-392.
- WINNICOTT, D. W. (1955-6). Formas clínicas da transferência. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 23, p. 393-398.
- WINNICOTT, D. W. (1956). A preocupação materna primária. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 24, p. 399-405.
- WINNICOTT, D. W. (1958). Análise da criança no período de lactência. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 10, p. 106-113.
- WINNICOTT, D. W. (1959-64). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 11, p. 114-127.
- WINNICOTT, D. W. (1960). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 03, p. 38-54.

- WINNICOTT, D. W. (1961). Observações adicionais sobre a teoria do relacionamento parento-filial. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org). Explorações psicanalíticas. Tradução: José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005, cap. 14, p. 59-61.
- WINNICOTT, D. W. (1962a). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 04, p. 55-61.
- WINNICOTT, D. W. (1962b). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 15, p. 152-155.
- WINNICOTT, D. W. (1962c). Enfoque pessoal da contribuição kleiniana. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 16, p. 156-162.
- WINNICOTT, D. W. (1962-63a). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 06, p. 70-78.
- WINNICOTT, D. W. (1962-63b). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo

- Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 23, p. 225-233.
- WINNICOTT, D. W. (1963a). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 17, p. 163-174.
- WINNICOTT, D. W. (1963b). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 07, p. 79-87.
- WINNICOTT, D. W. (1963c). Os doentes mentais na prática clínica. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 20, p. 196-206.
- WINNICOTT, D. W. (1963d). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 21, p. 207-217.
- WINNICOTT, D. W. (1963e). O medo do colapso (*breakdown*). In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org). Explorações psicanalíticas. Tradução: José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005, cap. 18, p. 70-76.
- WINNICOTT, D. W. (1964). A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org).

- Explorações psicanalíticas. Tradução: José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005, cap. 19, p. 77-81.
- WINNICOTT, D. W. (1965). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org). Explorações psicanalíticas. Tradução: José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005, cap. 21, p. 94-101.
- WINNICOTT, D. W. (1966). Autismo. In: SHEPHERD, R., JOHNS, J.; ROBINSON, H. T. (org). Pensando sobre crianças. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, cap.25, p. 179-192.
- WINNICOTT, D. W. (1967a). A etiologia da esquizofrenia infantil em termos de fracasso adaptativo. In: SHEPHERD, R., JOHNS, J.; ROBINSON, H. T. (org). Pensando sobre crianças. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, cap.26, p. 193-196.
- WINNICOTT, D. W. (1967b). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: O Brincar e a realidade. Tradução: José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975, cap. 09, p. 153-162.
- WINNICOTT, D. W. (1968a). A interpretação na psicanálise. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org). Explorações psicanalíticas. Tradução: José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005, cap. 32, p. 163-166.
- WINNICOTT, D. W. (1968b). Sobre “O Uso de um Objeto”. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org). Explorações psicanalíticas. Tradução: José

- Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005, cap. 34, p. 170-191.
- WINNICOTT, D. W. (1968c). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. Os bebês e suas mães. Tradução: Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1996, cap. 09, p. 79-92.
- WINNICOTT, D. W. (1969-70). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org). Explorações psicanalíticas. Tradução: José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005, cap. 36, p. 195-202.
- WINNICOTT, D. W. (1971). O brincar e a realidade. Tradução: José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- WINNICOTT, D. W. (1972). Holding e interpretação. Tradução: Sonia Maria Tavares Monteiro de Barros. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- WINNICOTT, D. W. (1977). The Piggie: relato do tratamento psicanalítico de uma menina. Tradução: Else Pires Vieira e Rosa de Lima Martins. Rio de Janeiro: Imago, 1987
- WINNICOTT, D. W. (1979). Por que as crianças brincam. In: A criança e o seu mundo. Tradução: Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982, cap. 22, p. 161-165.
- WINNICOTT, D. W. (1984). Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.
- WINNICOTT, D. W. (1988). Natureza humana. Tradução Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WINNICOTT, D. W. (sem data). Notas sobre o Brinquedo. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org). Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005.