

O SONHO E O BRINCAR NO MANEJO CLÍNICO DE CASOS DIFÍCEIS: UMA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA

Dreaming and playing in the clinical management of difficult cases: a winnicottian perspective

El sueño y el juego en el manejo clínico de casos difíciles: una perspectiva winnicottiana

ALFREDO NAFFAH NETO³⁵

MARIA REGINA COCCO³⁶

Resumo: O presente trabalho estuda algumas especificidades requeridas no uso analítico do sonho e no manejo clínico do brincar no atendimento a pacientes cujas dificuldades pertencem ao âmbito da cisão e dissociação, tais como os psicóticos, falso *self* e o *borderline*, entre outros. A contribuição da leitura winnicottiana traz luzes sobre o estabelecimento da confiabilidade analítica e o manejo das experiências vivenciadas no contexto da regressão à dependência enquanto ponto fundamental na elaboração e resignificação das tarefas inerentes à constituição do indivíduo e da retomada do amadurecimento. O sonho regressivo e o brincar, além de possibilitarem o acesso às experiências mais primitivas da história de vida do paciente, participam efetivamente na constituição e manutenção da personalidade.

Palavras chave: sonho; brincar; amorfia; atividade não intencional; manejo clínico.

Abstract: *The present work studies some specificities required in the analytical use of dreams and in the clinical management of playing in the care of patients whose difficulties belong to the scope of fission and dissociation, such as psychotics, false self and borderline, among others. The contribution of the Winnicottian reading sheds light on the establishment of analytical reliability and the management of the experiences lived in the context of regression to dependence as a fundamental point in the elaboration and reframing of the tasks inherent to the constitution of the individual and the resumption of maturation. The regressive dream and playing, in addition to providing access to the most primitive experiences in the patient's life history, effectively participate in the constitution and maintenance of personality.*

Keywords: *dream; play; amorphism; unintentional activity; clinical management.*

Resumen: *El presente trabajo estudia algunas especificidades requeridas en el uso analítico de los sueños y en el manejo clínico del juego en la atención a pacientes, cuyas dificultades pertenecen al campo de la escisión y la disociación, como en el caso de los psicóticos, el falso self y el borderline, entre otros. La contribución de la lectura winnicottiana arroja luzes sobre el establecimiento de la fiabilidad analítica y el manejo de las experiencias vividas en el contexto de la regresión a la dependencia, como un punto fundamental en la elaboración y resignificación de las tareas inherentes a la constitución del individuo y la reanudación del proceso de maduración. El sueño regresivo y el juego, además de proporcionar acceso a las experiencias más primitivas de la historia de vida del paciente, participan de manera efectiva en la constitución y el mantenimiento de la personalidad.*

Palabras clave: *sueño; juego; amorfismo; actividad no intencional; manejo clínico.*

Introdução

O objetivo deste trabalho é estudar a contribuição teórico-clínica winnicottiana sobre o uso analítico do sonho do sonho regressivo e o manejo do brincar no atendimento clínico a pacientes cuja necessidade primordial é a constituição e

fortalecimento da personalidade. Winnicott pressupõe que o indivíduo é dotado de uma tendência inata a crescer e a se relacionar com os objetos. Mas esta tendência depende exclusiva e necessariamente de uma ambiência materna suficientemente boa. Em outros termos, nos primeiros meses de vida, é com a ajuda dos cuidados de maternagem, da mãe ou de

35 Psicanalista, mestre em filosofia pela USP e doutor em psicologia clínica pela PUC-SP, professor titular na PUC-SP no Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, professor colaborador e supervisor do Instituto Brasileiro de Psicanálise Winnicottiana e da International Winnicott Association. No consultório, pratica psicanálise, psicoterapia de casal e de família. Endereço para correspondência: Rua Consórcio, 75, 04535-090, Vila Nova Conceição, São Paulo. Telefone: (11) 96781 4840. ORCID 0000-0002-1918-7878 E-mail: naffahneto@gmail.com.

36 Psicanalista, filiada à Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana. Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Especialização em Crianças e adolescentes pelo CAISM – Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental - Santa Casa de São Paulo. Atua em consultório particular. Endereço para correspondência: Rua Gandavo, 188- 92A – CEP 04023-000, Vila Clementino, São Paulo. Telefone: (11) 99840-5622. ORCID 0000-0003-4364-3703. E-mail: reginacocco@yahoo.com.br.

um adulto que a ele se dedique, que o bebê realizará gradativamente as tarefas inerentes à integração unitária e à constituição da personalidade. No caso de fracasso da âmbiência materna, instauram-se os adoecimentos mais graves que se encontram no âmbito da cisão e da dissociação. Nessa área, em função do fracasso ambiental, estão pacientes tais como os psicóticos, falso *self*, *borderline*, entre outros. Em geral, esses pacientes subsistem a uma forma fragmentada de ser e esta, por sua vez, mostra-se amparada em arranjos defensivos contra o retorno de agonias impensáveis. Nas várias especificidades clínicas que chegam a instituições e consultórios, podemos encontrar, por exemplo, alguns pacientes que desenvolvem um funcionamento intelectual patológico, desligado dos sentimentos e afetos, resultado de um sofrimento mental agônico, contra o qual se defendem obstinadamente e, no auge da desesperança, o suicídio é a alternativa encontrada. Segundo Naffah Neto (2007), há, também, pacientes em cuja personalidade:

[...] o fracasso do ambiente, em menor ou maior grau, opera concomitantemente na formação de um falso self que se organiza, em parte, como uma barreira frente ao ambiente, e, em parte, frente aos impulsos vitais. [...] tudo aquilo que o falso self recebe como impacto [...] não chega ao self verdadeiro, ou chega intensamente filtrado, não podendo, pois, ser processado como experiência, ou sendo processado de forma parcial e lacunar (p. 79).

Encontramos ainda aqueles para os quais a consequência da falha ambiental é uma dissociação primária, acompanhada do *phantasying*³⁷, uma defesa que impede o contato com a realidade, o sonhar e o brincar, tal como ilustraremos no decorrer deste trabalho. Na análise desses pacientes, a cisão e a dissociação ocupam o lugar do inconsciente reprimido. Aqui, a técnica clínica difere substancialmente daquela da área da verbalização, pois pauta-se na comunicação estabelecida pela confiabilidade da ambiência analítica. A comunicação é acessada no sonho, no brincar e na atuação do paciente no contexto da regressão à dependência. O trabalho analítico

volta-se para o favorecimento da realização das primeiras e principais tarefas do amadurecimento: a constituição do si-mesma (*self*), a personalização e as relações com objetos.

Para esses pacientes, apesar dos riscos e da angústia trazidos pela regressão à dependência, o que lhes faz valer a análise é a expectativa de uma nova experiência, a realizar-se no contexto especializado do *setting* analítico, que lhes favoreça o vir a existir como uma pessoa real, bem como a viver num mundo real³⁸.

O sonho regressivo e o brincar como formas de comunicação

Nas fases iniciais do desenvolvimento emocional, na perspectiva do amadurecimento, não há ainda um indivíduo constituído e com recursos psíquicos para sonhar o sonho concebido como um processo simbólico representativo de conflitos instintuais, caracteristicamente edípicos e pré-edípicos, e processado pelo mecanismo mental de perlaboração. (Cocco, 2017). De modo que, para falarmos sobre o sonho e o brincar relativos às fases iniciais do amadurecimento, precisamos recorrer ao conceito winnicottiano da elaboração imaginativa das funções corporais. Em Winnicott, a integração e transformação dos instintos em comportamento humano se dão pelo trabalho da elaboração imaginativa das funções corporais. Na explicitação de Loparic (2005), a elaboração imaginativa “[...] é uma atividade da psique humana que abraça as funções, as excitações e as sensações corpóreas em geral, assegurando a sua unificação e organização” (p. 319). Além de unificar e organizar os instintos, Winnicott pressupõe que cabe à elaboração imaginativa a administração deles, tanto na “[...] preparação para satisfação dos instintos, ou à tentativa de mantê-lo confinado, ou à tarefa de mantê-lo vivo de modo indireto através do brincar ou da dramatização de uma fantasia” (1988/1990, p. 72). Mais ainda, o autor reafirma a importância da fantasia:

A solução para os problemas da ambivalência inerte surge através da elaboração imaginativa de

37 A manutenção, aqui, do termo em inglês, deve-se à grande dificuldade de tradução desse conceito winnicottiano para o português. Se o traduzíssemos por “fantasiar” não estaríamos sendo fiéis à definição do autor, já que esse termo traduz diferentes formas de operar fantasias e não exclusivamente essa forma específica, que implica uma dissociação do restante da personalidade. Mais adiante retomaremos o conceito, para melhor desenvolvê-lo.

38 Cabe lembrar, aqui, que pacientes que têm seu eixo de existência num falso *self* cindido do restante da personalidade – tendo pouco ou nenhum contato com o mundo subjetivo –, têm a sensação de que, na sua vida, tudo é falso e irreal, pois destituído de *presença subjetiva*. Já os que possuem seu eixo existencial no mundo subjetivo e se defendem do contato com o mundo compartilhado – que lhes causa grande medo e aversão –, os assim chamados esquizoides, esses também se sentem pouco reais, justamente por esse distanciamento defensivo do mundo da convivência.

todas as funções; sem a fantasia, as expressões de apetite, sexualidade e ódio em sua forma bruta seriam a regra. A fantasia prova, deste modo, ser a característica do humano, a matéria-prima da socialização, e da própria civilização (1988/1990, p. 78).

Na concepção winnicottiana, todas as conquistas do amadurecimento têm suas raízes na elaboração imaginativa das funções corporais, que, de início, se processa de forma rudimentar e, gradativamente, se especializa em funções de maior complexidade. Nas fases iniciais da constituição do indivíduo, a função primordial da elaboração imaginativa é precisamente a dação de algum sentido ao ato de viver, ao próprio corpo e ao *si-mesmo*, que começa, lentamente, a se constituir. A sua tarefa é de temporalização e de historização, de inserção do indivíduo numa história pessoal e interpessoal (Loparic, 2005).

No processo do amadurecimento, o sonho e o brincar podem ser entendidos como expoentes da elaboração imaginativa das funções corporais, operando a serviço da constituição do *si-mesmo*, da unidade psicossomática e na integração e manutenção da personalidade do indivíduo (Cocco, 2017). A complexidade do sonho seguirá paulatinamente à especialização da elaboração imaginativa das funções corporais, na conquista de recursos psíquicos e nas realizações das tarefas inerentes a cada fase do desenvolvimento. No decorrer das fases do amadurecimento, é precisamente por meio da elaboração imaginativa que o sonho ganhará o simbolismo, a partir da fase da transicionalidade, junto à tarefa da separação eu não eu. A partir do uso do objeto, já na fase do concernimento (*concern*), é que se manifestará a fantasia inconsciente (de destruição), enquanto as fantasias das experiências instintuais genitais atingirão seu ápice na fase edipiana. Essa jornada será percorrida pelo indivíduo para chegar aos recursos psíquicos e aos conflitos instintuais do sonho inscrito na proposta freudiana. Esse caminho é afirmado por Winnicott em *O conceito de saúde a partir da teoria dos instintos* (1988/1990), uma vez que, para o autor, é nos sonhos plenamente genitais que podem ser encontrados todos os tipos de trabalhos do sonho formulados por Freud, pois neles todas as

experiências instintivas são enfrentadas: o menino se confronta com a ideia da morte do pai, da castração, de ser responsável pela satisfação da mãe e de um compromisso com o pai, que perpassa a homossexualidade. Já a menina lida com a ideia de morte da mãe, de estar roubando seu marido, seu pênis, seus filhos, de ver-se à mercê da sexualidade do pai e de um compromisso com a mãe, que perpassa também a homossexualidade. A estrutura e a vida familiar permitem à criança suportar o sonho de separação ou da morte de um deles e dar consistência à capacidade de distinguir sonho e realidade, iniciada na fase do uso do objeto. Os sonhos relativos às fases iniciais do amadurecimento pertencem à área das necessidades do ego e, esta se sobrepõe à da realização do desejo³⁹. Assim, em detrimento da dissimulação do desejo, o objetivo primordial do trabalho onírico do sonho é a comunicação do indivíduo consigo mesmo e com o outro, a respeito de suas necessidades afetivas e emocionais e da elaboração imaginativa das experiências vivenciadas. Outra peculiaridade desses sonhos, segundo Winnicott, é que a superposição do trabalho do sonho é mínima, de modo que os sentimentos e afetos expressão são verdadeiros e concretos. Muitos desses sonhos podem ser denominados de sonhos regressivos. Na literatura psicanalítica, o aspecto regressivo do sonho está ligado à natureza primitiva da fonte indutora de ansiedade no conteúdo do sonho manifesto. Todavia, “No sonho regressivo, descrito por Winnicott, a fonte indutora é da ordem da agonia impensável e sua característica principal no manejo é a necessidade da regressão à dependência” (Cocco, 2017, p. 73). Aqui, a técnica da associação livre e a interpretação do inconsciente não tem lugar, até mesmo porque muitos desses pacientes não conseguem sonhar, nem relatar seus sonhos, nem diferenciar o sonho e a realidade e são imaturos para um brincar compartilhado. O sonho regressivo e o brincar, relativos às fases iniciais do desenvolvimento, encontram-se na área da comunicação. A comunicação é alcançada, muitas vezes, quando o paciente regredido “[...] revive situações de sonho e da memória. A atuação do sonho pode ser o modo pelo qual o paciente descobre o que é urgente” (Winnicott, 1955d/2000, p. 385). A atuação do paciente, seja do sonho ou da memória, está primordialmente a serviço da

³⁹ É difícil precisar quando um bebê já possui desejos sexuais estruturados, aos quais pode ter acesso facilmente, já que Winnicott entende que a sexualidade infantil se constitui lentamente e a partir do processo de amadurecimento. Entretanto, antes de a psique se alocar no corpo, formando uma unidade psicossomática (processo de personalização), a criança dificilmente terá acesso a algo complexo como um desejo, que implica, segundo Freud, uma *representação psíquica* associada a uma sensação corporal. Pois é a própria unidade psicossomática que garantirá essa associação psique-corpo, que não existe nos primeiros tempos, segundo Winnicott.

comunicação, de modo que, na regressão à dependência, o manejo clínico da atuação do paciente ganha espaço, pois juntamente com o sonho e o brincar, propiciará acesso às experiências mais primitivas de sua história de vida e, por outro, possibilitará a ressignificação de situações que foram truncadas, traumatizadas e de outras necessárias, mas que não ganharam experiência. Winnicott também nos fala das brincadeiras entre as formas de se manter a vivacidade da comunicação e explícita que não está se referindo a diversões e jogos, ou anedotas, mas às brincadeiras em que nasce a afeição e o prazer pela experiência (1968d/1999). O psicanalista inglês prenuncia o lugar do sonho e das experiências do brincar junto ao espaço potencial existente entre o interno e externo. Nesse espaço potencial, estabelecido pela confiabilidade da interação entre o bebê e a mãe (ambiente), toda experiência é criativa e é apropriada à pessoa do bebê pela elaboração imaginativa das funções corporais. Na mesma relevância conceitual do espaço potencial estão os fenômenos transicionais que assinalam a terceira área da existência humana, os quais se encontram na base do simbolismo, do brincar e das experiências culturais. Esses fenômenos abrangem agrupamentos de tipos primitivos de funcionamento e, segundo Winnicott, devem ser estudados “[...] se é que se quer descrever satisfatoriamente o começo da personalidade humana individual, tendo-se como verdade indubitável que o aspecto cultural da vida humana, a incluir a arte, a filosofia e a religião, se relaciona estreitamente a esses mesmos fenômenos” (1971L/1975, p. 164). Esses fenômenos caracterizam a importante transição do ponto em que o bebê se encontra em fusão com a mãe ao de poder concebê-la como não eu. Com as experiências do brincar, Winnicott amplia sobremaneira o uso analítico do sonho no favorecimento da constituição e manutenção da personalidade do indivíduo. Isto porque, no brincar, o indivíduo pode se aproximar do reservatório onírico total, incluindo o inconsciente, bem como o material que, sem outra alternativa, ficaria trancado no sonho não lembrado. O brincar, enquanto uma forma de comunicação, leva Winnicott a conceber a psicoterapia na sobreposição de duas áreas do brincar: a do paciente e a do terapeuta, duas pessoas que brincam juntas. Na base do trabalho analítico está o brincar do paciente, “[...] uma experiência criativa a consumir espaço e tempo, intensamente real para ele” (1968i/1975, p. 75). Todavia, “[...] *Esse brincar tem de ser espontâneo, e não submisso ou aquiescente, se*

é que se quer fazer psicoterapia” (1968i/1975, p. 76; *itálico no original*). A esse brincar, o analista se adapta e aos poucos insere o seu brincar, o qual o paciente poderá aceitar ou não. Os pacientes, cujos adoecimentos estão agrupados na área da cisão e dissociação, geralmente mostram-se incapazes de um brincar mais elaborado. Muitas vezes, podemos observá-los em um brincar sensório-motor, vivenciado em uma inquietante motilidade, sem significado e resultado aparentes, que, à primeira vista, aparece mais como uma espécie de enlouquecimento do paciente. Todavia, esse brincar está a serviço da comunicação sobre as urgências e necessidades do paciente a partir das quais será norteado o manejo clínico.

Na clínica, as experiências do sonho regressivo e do brincar ganham centralidade, pois nelas todo tipo de sentimento, seja relativo à realidade interna e/ou à externa, consciente e/ou inconsciente, são elaborados imaginativamente. Quando o paciente ainda não consegue sonhar e brincar, então o objetivo primordial da análise será o de capacitá-lo para tanto.

O manejo clínico do sonho regressivo e da experiência do brincar sensório-motor

No texto *Sonhar, fantasiar e viver* (1971h), Winnicott estuda a correlação do sonho com o viver e ilustra-o com o fragmento clínico de uma paciente com uma dissociação primária, acompanhada da submissão e do *phantasying*, uma defesa primitiva. Em fase avançada da análise, a paciente inicia a sessão descrita pelo autor dizendo que acordou à meia noite, se viu cortando, planejando e trabalhando no molde de um vestido e se deu conta de que tudo acontecia, embora estivesse acordada. Winnicott aponta-lhe que havia um sonho que se transformava no fantasiar. Em contraste com o sonho, o *phantasying* é uma atividade mental que opera em área dissociada da personalidade, do tempo e do espaço, uma defesa que a impede de entrar em contato consigo mesma e com o viver criativo. Durante essa reflexão sobre a diferença entre o sonho e o *phantasying*, a paciente tem um *insight* para o significado do acontecido: “[...] precisamos de outra palavra, que não seja sonho nem fantasia” (1971h/1975, p. 53). Para Winnicott, a palavra a ser reconduzida ao sonho era *amorfia*, que é aquilo que se assemelha com o material antes de ser moldado, cortado, ajeitado e agrupado e, no sonho, isso se

referiria à sua personalidade e autonomia. O estado de amorfia é um estado de relaxamento característico da não integração, presente no início da constituição da personalidade, possibilitado pela confiabilidade da ambiência materna, a partir do qual o bebê pode começar a ser ele mesmo, criativo e espontâneo. Na clínica, é um estado de relaxamento essencial nos casos em que “[...] o paciente necessita de uma nova experiência de um estado não intencional, uma espécie de tiquetaquear, digamos assim, da personalidade não integrada” (Winnicott, 1971r/1975, p. 81).

No trabalho analítico, segundo Winnicott, a partir desse estado de relaxamento do paciente, “[...] há um lugar para a ideia de sequências de pensamento aparentemente desconexas, às quais o analista fará bem em aceitar como tais, sem presumir a existência de um fio significante” (1971r/1975, p. 82). Alguns pacientes precisam que o terapeuta possa observar o absurdo do seu estado mental em repouso. Aqui, o uso do processo da associação livre, para descobrir alguma organização onde não há, faz com que “[...] o paciente abandone a área do absurdo, devido à desesperança de comunicá-lo” (1971r/1975, p. 82). Em consequência, o paciente revive a angústia original de não poder repousar, devido a um fracasso da provisão ambiental que impediu ou desfez o sentimento de confiança. Este recurso a um estado de relaxamento como capaz de ampliar a capacidade de retomar traumas antigos, bem como de experimentar sonhos, no contexto analítico, já tinha sido usado por Ferenczi, na sua proposta de “neocatarse” (Ferenczi, 1931/1992). Assim, Ferenczi nos diz:

A interpretação dos sonhos em estado de relaxamento consiste em tentar, ao invés de um esclarecimento consciente, recolocar o paciente, com ajuda do material associativo, no próprio sonho, no transcurso da sessão de análise. Para isso é necessário um certo estado de sonolência, de relaxamento. Fazendo em voz baixa perguntas simples, jamais difíceis, procura-se permanecer em contato com os pacientes durante o sonho, convida-se-os a penetrar mais profundamente no que sentem, veem, experimentam, a propósito de cada detalhe [...] Essa espécie de mergulho no sonho conduz, na maior parte dos casos, a um reforço catártico dos sintomas, o que nos dá em seguida a ocasião de nos aproximarmos ainda mais da realidade (Ferenczi, 1932/1990, p. 103).

É óbvio que se trata, aqui, de perspectivas diferentes: Winnicott está nos falando de um não-sentido, um estado de amorfia que surge no estado de relaxamento e que é preciso respeitar, enquanto Ferenczi está propondo o relaxamento como forma de se ter acesso a detalhes importantes do sonho que está em foco. Entretanto, o que quisemos sublinhar aqui, é o uso – comum aos dois analistas – de um estado de relaxamento, característico da regressão terapêutica, como forma de acesso a traumas primitivos⁴⁰. No texto *O Brincar: A atividade Criativa e a Busca do Eu (self)* (1971r), Winnicott usa o mesmo fragmento clínico, descrito anteriormente, para ilustrar o manejo clínico do estado de amorfia experienciado em uma sessão que durou aproximadamente três horas. Nessa sessão, durante as duas horas iniciais, com falas desconexas e longas pausas, a paciente sentou-se na cadeira, andou pela sala, sentou-se no chão, debruçou-se sobre o divã ou sobre a almofada. O material clínico “[...] era da natureza de um brincar sensorial e motor, de natureza inorganizada e amorfa” (1971r/1975, p. 87), conduzindo a uma zona neutra e com uma atividade sem resultado determinado. Após essas duas horas, como se despertasse e/ou fosse a primeira observação que dirigisse a Winnicott, a paciente diz: “- Fico contente por você saber que eu precisava dessa sessão” (1971r/1975, p. 87). A partir desse momento, ela se faz presente na relação transferencial. A paciente passa a falar sobre ódios específicos e desenha num pedaço de papel um cartão comemorativo de seu aniversário, que chamou de seu “dia de morte”. Em seguida, ao tentar rememorar a sessão, se dá conta de que não consegue lembrar, ficando em dúvida se o havia dito para o analista ou se estivera falando consigo mesma. Winnicott faz a interpretação de que, para ela, todos os tipos de coisas acontecem e definham e que essas são as muitas mortes em que morreu. Mas, se alguém puder espelhar de volta o acontecido, então, qualquer detalhe se torna parte dela e não morre (1971r/1975). Winnicott insiste: “[...] o sentimento do eu (si-mesma) surge na base de um estado não integrado que, contudo, por definição, não é observado e recordado pelo indivíduo” (1971r/1975, p. 88). Esse sentimento se perde, a menos que seja observado e espelhado de volta por alguém que justifica a confiança e atende à dependência. Em vista do seu esquecimento e da necessidade da paciente de ter os pormenores

40 Um estudo mais completo da retomada das propostas clínicas ferenczianas por Winnicott pode ser encontrado no texto de Alfredo Naffah Neto: “Melanie Klein e Winnicott: porta-vozes das tradições de Abraham e Ferenczi” (Naffah Neto, 2019).

refletidos de volta, o analista foi estabelecendo um vínculo temporal entre as falas e os acontecimentos. Nesse ínterim, a paciente relatou um sonho, sonhado na noite anterior, no qual uma estudante continuava a trazer-lhe quadros que desenhara. Ela angustiava-se sobre como podia dizer-lhe que esses quadros não apresentavam melhoras.

Em seguida, relatou lembranças significativas da infância, positivas e negativas, relacionadas a aniversários, entre outras situações vivenciadas. O relato todo conduzia a uma zona neutra, com ela presente, mas em uma atividade sem resultado determinado. A paciente então se angustiou por talvez ter desperdiçado a sessão ou por talvez ter vindo para encontrar alguém e era como se esse alguém não tivesse vindo ao encontro. Angustiada pela sensação de insignificância experimentada, diz: “Mas, o que é tão horrível é a existência negada! [...] Tenho sempre presente que teria sido melhor não ter nascido, quem sabe? (1971r/1975, p. 89). A paciente citou um verso do poema de Gerard Manley Hopkins: “Não me faça querer SER! (p. 90). Conversaram sobre poesia, sobre como ela sempre usara das poesias que trazia de memória e de como vivera de poema em poema, mas sem que nenhum significado do poema fosse compreendido, como agora podia compreender e sentir o poema. Winnicott fez então referência a Deus como Eu Sou, por acreditar ser um conceito útil quando o indivíduo não pode suportar ser. Ao que a paciente respondeu: “– As pessoas utilizam Deus como um analista, isto é, como alguém que fica observando enquanto se está brincando” (p. 90). Winnicott pontuou: “– Para quem você tem importância” (p. 90); possivelmente fazendo uma referência a ele como analista. A paciente respondeu que não poderia afirmar isso, pois não poderia estar segura para tanto. Winnicott replicou que talvez ele tivesse estragado algo quando mencionou que ela era importante. Ao que a paciente respondeu: “– Se tivesse importância iria querer fazer coisas que o agradassem. Veja esse é o inferno de ter recebido uma educação religiosa. Malditas sejam as boas meninas” (p. 90). Em seguida, como se fosse uma auto-observação, acrescentou: “– Isso supõe que eu tenho desejo de não ficar bem” (p. 90). O autor transcreve o diálogo acima como exemplo de uma interpretação elaborada pela paciente, que teria sido roubada se ele a tivesse feito anteriormente. Winnicott então retoma o sonho dos quadros que não apresentavam melhoras e assegura-lhe que não estar bem significava não ser boa, em função da

submissão, pois o “estar bem”, nesse sentido, era falso, uma vez que apenas tentava ajustar-se ao código moral familiar. A paciente replica: “[...] eu nunca SOU CEM POR CENTO. Se deixasse minhas mãos vaguearem, poderia encontrar um eu... entrar em contato com um eu... não poderia. Precisaria vaguear por horas. Não poderia permitir-me ir em frente” (1971r/1975, p. 91). Em seguida, acrescenta: “[...] tentei mostrar-lhe eu sendo sozinha (as duas primeiras horas da sessão); essa é a maneira pela qual avanço quando estou sozinha, embora sem palavra alguma, uma vez que não me permito começar a falar comigo mesma” (1971r/1975, p. 87). Então, contou do uso que fazia de uma série de espelhos em seu quarto, em busca de qualquer pessoa que refletisse de volta algo que fosse seu. Winnicott aponta-lhe que era a si mesma que procurava, ela existia nessa procura. Na atividade não intencional, para o observador, há apenas um aparente enlouquecimento; contudo, algo mais está acontecendo na experiência. O vaguear, que parecia incompreensível, encontrou lugar no espaço do contexto analítico. A paciente esteve absorta em sua inquietante motilidade, nas longas pausas, nas frases soltas e desconexas, até se aproximar das angústias de sua inexistência e chorá-las intensamente. Esse é um aspecto importante, pois o termo ‘vaguear’ descreve o que ela fizera durante as duas primeiras horas da sessão e que, ao ser acolhido, observado e espelhado de volta, possibilitou-lhe encontrar-se a si mesma, um encontro que ela procurará incansavelmente.

O manejo do sonho regressivo e do brincar na integração da situação traumatizante da interrupção da continuidade de ser

Diante das diversidades de especificidades clínicas que nos chegam ao consultório, trazemos um fragmento clínico que trata de uma paciente, cuja demanda e arranjo defensivo originam-se em uma interrupção de seu sentido de continuar a ser que ocorreu em sua tenra infância. Com isto, pretendemos evidenciar a importância do uso analítico do sonho regressivo e do manejo clínico do brincar e da regressão à dependência no alcance da integração da personalidade. Winnicott parte do princípio de que o desenvolvimento inicial do indivíduo implica um continuar a ser. A saúde do psicossoma inicial, diz o

autor, é alcançada e mantida na linha do desenvolvimento desde que esse continuar a ser não seja perturbado (1954a/2000). Daí a importância de um ambiente que se adapta ativamente às necessidades do bebê. Na psicopatologia, em função da falha persistente da ambiência materna, o senso de continuidade de ser do bebê pode ser interrompido e defesas primitivas serão organizadas contra o retorno da agonia impensável. O fragmento clínico a seguir refere-se à Mirian, 54 anos, casada, mãe de dois filhos adolescentes. Na primeira entrevista, com um discurso muito detalhado, Mirian contou-nos sobre seus dois filhos, descritos como dedicados e responsáveis. A respeito do marido, dizia que, como ele trabalhava em turno noturno, ela dormia junto com suas duas cachorrinhas em sua cama. No entanto, mesmo quando o marido tinha folga e estava em casa, ele dormia no sofá, pois as cachorrinhas tinham prioridade, uma vez que elas não a abandonavam. Nessa primeira sessão, como nas demais ao longo dos seis primeiros meses da análise, a paciente parecia dramatizar o seu relato, se assim podemos denominar: ora se encolhia na poltrona, ora ficava em pé, ora seguia até a porta como se fosse trancar ou abri-la, entre outros comportamentos que adotava segundo o acontecimento relatado. Não tínhamos claro se isso era algo intencional ou apenas um transbordamento de si mesma. Todavia, parecia usar sua inquietação para dar concretude ao seu discurso, numa tentativa de comunicação. Na clínica, como diz Winnicott, é necessário que se tenha um espaço para uma atividade não intencional, característica própria de um brincar sensório-motor, em cujo ponto alto está a comunicação das necessidades e urgências do paciente. O motivo que a fizera buscar a análise fora o falecimento de um homem, mais idoso, muito amigo da família e que viera a falecer havia algumas semanas. Descreve-o como um pai para ela e seus filhos; contudo, angustiava-se de não ter comparecido ao velório, pois tinha muito medo de pessoas mortas. Ao saber que uma pessoa conhecida havia morrido, o medo saía de seu controle: trancaava-se dentro de casa, junto com seus filhos, fechava portas, janelas e tudo que possibilitasse a entrada de alguém na casa. Nessas situações, juntava a cama dos seus filhos, amarrava os colchões, dormia no meio deles. Não saía da cama durante três ou quatro dias e seus filhos faziam e traziam comida para ela, senão, ficava sem comer. No primeiro ano da análise, em geral, o tema das sessões girava em torno de acontecimentos e/ou queixas de seu cotidiano familiar e de

alguma desavença com seus vizinhos. Pudemos observar que, afora o acontecimento do falecimento de uma pessoa conhecida, nas situações tensas de seu cotidiano que extrapolavam sua capacidade de tolerância, Mirian se desorganizava ora menos ora mais intensamente. O manejo consistia em apenas clarear e organizar os acontecimentos relatados. Como diz Ancona Lopes (1997), muitas vezes, o cuidar do terapeuta está em “permanecer ao lado do cliente, limpando seu caminho, desenrolando e clareando o que ele diz para que se possa perceber de forma um pouco mais organizada e a partir daí, abrir-se para novos modos de ser” (p. 170). No final do primeiro ano, Mirian já não precisava dramatizar literalmente os acontecimentos relatados. Em uma sessão, ela diz, com humor, que se dera conta de que gesticulava muito ao falar e, rindo, acrescenta que parecia com os italianos. Um novo brincar estava presente na análise. No decorrer dos dois primeiros anos da análise, a paciente foi, aos poucos, conseguindo identificar nas situações vivenciadas em seu cotidiano muitas lembranças de sua infância. A mais significativa foi a de um vizinho que tentou molestar uma criança de seu prédio. Mirian ficou muito indignada e ajudou a mãe da criança em todos os aspectos, desde o boletim de ocorrência na delegacia, da indicação de uma psicóloga para a criança e de ajudá-la nos cuidados da casa. A paciente associou o acontecido às tentativas de abuso que sofrera de seu pai, entre seus nove a doze anos de idade. Mirian chorou pelo abuso sofrido e, sobretudo, ao lembrar-se de que sua mãe a culpabilizara pelo acontecido. No manejo, íamos sustentando os acontecimentos do seu cotidiano e, pouco a pouco, íamos construindo vínculos psíquicos e afetivos com as vivências de sua história de vida. No final do terceiro ano da análise, Miriam chega à sessão e relata um sonho que tivera na noite anterior. Sonho: ela estava no hospital e olhava para uma criança acamada que parecia estar em coma. Nesse instante, acordou muito angustiada, pois achava que a criança no sonho era ela mesma. Em suas associações, dizia que, no sonho, o medo que sentira de poder entrar em coma e morrer era ainda mais angustiante do que o medo de pessoas mortas. Esse sonho regressivo foi material clínico de várias sessões, nas quais relatou muitas lembranças e dados de conversas com sua mãe e sua tia mostravam que, desde a tenra infância, sua história de vida foi permeada por situações de intrusão e abuso. A mãe da paciente era dependente química e fazia uso abusivo de bebidas

alcoólicas por dias seguidos, intercalados por períodos de sobriedade, o que a fazia ser relapsa nos cuidados com a bebê. Aos oito meses, a paciente teve uma complicação respiratória e precisou de uma internação hospitalar por quase vinte dias. No retorno do hospital, sua mãe voltara a beber compulsivamente e uma tia levou Mirian para morar com ela por três ou quatro meses. Seus pais se separaram quando a paciente tinha dois anos. Naquele momento, a mãe disse-lhe que seu pai havia falecido e não voltaria mais. Todavia, por volta de seus oito anos, a caminho da escola, viu seu pai vindo em sua direção. Miriam assustou-se; o pai, que acreditava falecido, estava ali a sua frente. Em sua onipotência infantil, o que via era um defunto. O susto desorganizou-a; teve uma complicação respiratória aguda que a levou a ficar internada no Hospital das Clínicas por aproximadamente seis meses sem que os médicos chegassem a um diagnóstico clínico. De sua meninice, Mirian traz recordações traumáticas de tentativas de abuso sexual de seu pai contra si e das constantes agressões físicas à sua mãe. O pai saía e reaparecera em sua vida de forma inesperada e abusiva. Aos treze anos de idade, seu pai veio a falecer, sua mãe foi internada em clínica de reabilitação e Mirian foi morar na casa de uma patroa de sua mãe. Como diz Winnicott, a falha persistente da assistência ambiental pode levar à interrupção do continuar a ser do bebê, levando-o a um estado confusional próprio da desintegração do ego e arranjos defensivos se organizam frente ao medo do retorno da agonia impensável. Pondé, D.Z.F. (2015a) ao estudar o medo na obra winnicottiana, assinala:

Entre os vários desdobramentos ocasionados por eventos traumáticos na etapa em que o bebê se encontra ainda a caminho da constituição de sua própria identidade, estão aqueles circunscritos à fenomenologia do medo. Elencam-se o medo da loucura (o medo do colapso), da morte, do vazio, da desintegração e a manifestação sindrômica do pânico, que assinalam os limites impostos na qualidade de viver sob ameaça no indivíduo (apud PONDÉ, 2018 p. 63).

Em outras palavras, Pondé (2018) assinala ainda que o medo da morte decorre do sentido de aniquilamento pertencente à morte psíquica pelo padrão intrusivo do ambiente. Já nos arranjos defensivos

frente ao pânico estão expressos os impactos causados pelos acontecimentos imprevisíveis no continuar a ser do bebê, relacionados ao pior tipo de maternagem, a tantalizante⁴¹. Os modos da mãe se alternam, sem atribuir qualquer sentido, resultando em desorientações das experiências entre o que é vivido e o que pode ser esperado pelo bebê. O medo da loucura, ou medo do colapso, subjaz à ameaça de repetição da loucura anteriormente vivenciada diante da insuficiência dos cuidados maternos. Winnicott afirma o colapso como um fracasso de uma organização de defesa e assinala que, nos psicóticos, é um colapso do estabelecimento do si-mesma unitário. Mais ainda, diz o autor, “[...] o medo clínico do colapso é o medo de um colapso que já foi experienciado. Ele é um medo da agonia original que provocou a organização de defesa que o paciente apresenta como síndrome da doença” (1963/1994, p. 72). No caso de Mirian, podemos assinalar, tal como denominado por ela mesma, a predominância do medo da morte sob as ameaças de aniquilamento. Todavia, em um olhar mais detalhado sobre o tipo de falha persistente de seu ambiente, percebe-se que é um também característico do fracasso provocado por uma mãe tantalizante, em função da alternância de estados de sobriedade e alcoolismo de sua mãe. Ao longo de sua tenra infância e meninice, Mirian foi submetida a vários tipos de falhas ambientais, que foram exigindo novos arranjos defensivos. Motivo este que nos faz entender que, no caso dessa paciente, seria mais correto dizer que a falha original corresponde ao medo da morte, mas que novos arranjos defensivos foram organizados frente aos modos tantalizantes de sua mãe, bem como diante das intrusões abusivas de seu pai. Assim, como ocorre no colapso, parafraseando Winnicott, os arranjos defensivos tratam de um acontecimento que o indivíduo carrega consigo, escondido no inconsciente (1963/1994). Aqui, o inconsciente quer dizer, tão somente, que a integração do ego não é capaz de abranger esse algo. Em termos da clínica, o autor explicita esse algo dizendo 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 de agora (presumindo a função de apoio do ego auxiliar da mãe, ou analista)” (1963/1994, p. 73). Ou seja, abrangê-la na

41 Mãe tantalizante é uma expressão associada ao mito grego de Tântalo que, por ter ofendido os deuses, foi encarcerado num lugar onde havia uma árvore frutífera e um riacho. Mas, cada vez que sentia fome ou sede e tentava alcançar a árvore e o riacho, esses se afastavam, impedindo-o de saciar-se. A mãe é tantalizante quando a criança percebe que ela tem o que oferecer, mas, em situações inesperadas, nega-se a fazê-lo.

sua experiência atual, ressignificando-a, ao mesmo tempo, como uma experiência passada. Em direção à saúde, Mirian foi colecionando doses de cuidados, tais como nas internações hospitalares, ao longo de sua infância e meninice, que funcionaram como um espaço para afastá-la de “[...] um ambiente atormentador, que é talvez a pior coisa que pode acontecer a um bebê humano” (Winnicott 1963/1994, p. 72). No hospital, recebia cuidados físicos, em uma rotina organizada, que foram de suma importância para sua sobrevivência e sanidade mental. Assim como pôde usufruir dos cuidados recebidos, ainda bebê, ao morar em casa de sua tia, bem como na casa da patroa de sua mãe, quando já contava com treze anos de idade. Nas crises desorganizadoras em que ficava acamada durante dois ou três dias, embora muito angustiadas, vivenciava os cuidados recebidos de seus filhos. Em termos da função do sonho regressivo na integração da personalidade, o sonho de Mirian aponta para o trabalho de elaboração imaginativa na integração da situação traumatizante original. Com ele e nele, a paciente aproximou-se da agonia impensável, agora identificada e localizada no estado de coma, quase morte. Mas foi o estado de relaxamento alcançado pela confiabilidade na ambiência analítica que favoreceu a possibilidade de que a paciente viesse a sonhá-lo. Somado a isto, esse sonho procedeu das experiências vivenciadas no espaço da regressão à dependência, no contexto do *setting* analítico, a partir do acolhimento, de sustentação e da vinculação psíquica e afetiva das vivências do seu cotidiano e

do contexto analítico às lembranças de sua história de vida. Por fim, o manejo de seu brincar, quase sensorio-motor inicial em sua dramatização, ajudou no estabelecimento da confiabilidade no contexto analítico, ponto fundamental para que a análise viesse a se realizar. Em termos do manejo clínico da regressão à dependência, podemos dizer que a analista, tal como a mãe para o bebê, tinha um lugar já determinado na *psique* da paciente. Na saúde, é o lugar de quem lhe favorece a integração. Na crise, é o lugar de quem acolhe, cuida e sustenta.

Conclusão

O manejo clínico do estado de repouso, no alcance do brincar criativo, exige uma sequência de especificidades: o estado de relaxamento do paciente em condições de confiança, baseada na experiência, a atividade criativa, física e mental, manifestada na brincadeira, e a soma dessas experiências formando a base do sentimento do *eu* (Winnicott (1971r/1975)). Na clínica, o uso analítico dos sonhos e o manejo do brincar relativos às fases iniciais do desenvolvimento, requerem do analista uma compreensão das especificidades das tarefas do amadurecimento e da condução do manejo clínico da regressão à dependência. O ponto alto do contexto analítico, segundo Winnicott, está em propiciar oportunidade para a experiência amorfa e para os impulsos criativos, motores e sensoriais, que constituem a matéria-prima do brincar e do sonhar.

Referências

- Cocco, M.R. (2017). O uso analítico do sonho e o manejo do brincar: um recorte da contribuição winnicottiana. *In*: M. R. Cocco (2017). **O uso analítico do sonho**: um recorte da contribuição winnicottiana. Dissertação de Mestrado, sob orientação Alfredo Naffah Neto, junto à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Ferenczi, S. (1990). **Diário Clínico**. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1932).
- Ferenczi, S. (1992). Princípio de relaxamento e neocatarse. *In*: S. Ferenczi. **Obras Completas, v. IV**. São Paulo: Martins Fontes. (trabalho original publicado em 1931).
- Galetti, M.C. (2001). **Oficina em Saúde Mental**: instrumento terapêutico ou intercessor clínico? Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Orientação: Pelbart, P.P. PUC de São Paulo.
- Loparic, Z. (2005). Elementos da teoria winnicottiana da sexualidade. **Revista Natureza Humana**, 7(2), jul.-dez.
- Naffah Neto, A. (2007). A problemática do falso self em pacientes de tipo borderline: revisitando Winnicott. **Revista Brasileira de Psicanálise**, 41(4).
- Naffah Neto, A. (2019). Melanie Klein e Winnicott: porta-vozes das tradições de Abraham e Ferenczi. *In*: Ulhoa Cintra, E. M. & Ribeiro, M. F. R. (Orgs). **Melanie Klein na Psicanálise Contemporânea – Teoria, Clínica e Cultura**. São Paulo: Zagodoni.
- Pondé, D. Z. F. (2018). **O sentimento na obra de Winnicott**. Tese de doutorado, sob orientação de Zeljko Loparic. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo.
- Winnicott, D. W. (1975). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. *In*: (1975/1971). D. W. Winnicott. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1953c).
- Winnicott, D. W. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. *In*: D. W. Winnicott. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1967).

- Winnicott, D. W. (1975). O brincar – uma exposição teórica. *In*: D. W. Winnicott. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1968).
- Winnicott, D. W. (1975). O lugar em que vivemos. *In*: D. W. Winnicott. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1971).
- Winnicott, D. W. (1975). Sonhar, fantasiar e viver. *In*: D. W. Winnicott. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1971h).
- Winnicott, D. W. (1975). O brincar: a atividade criativa e a busca do eu (self). *In*: D. W. Winnicott. **O brincar e a realidade**. (J.O.A. Abreu e V. Nobre, Trad.). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1971r).
- Winnicott, D. W. (1994). O medo do colapso (Breakdown). *In*: Winnicott, C., Shepherd, R. & Davis, M. (Orgs.). **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médica. (Trabalho publicado originalmente em 1974).
- Winnicott, D. W. (1990). O conceito de saúde a partir da teoria dos instintos. *In*: D. W. Winnicott. **Natureza Humana**. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicado em 1988).
- Winnicott, D. W. (1999). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. *In*: D. W. Winnicott. **Os bebês e suas mães** (2. Ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968).
- Winnicott, D. W. (2000). A mente e sua relação com o Psicossoma. *In*: D. W. Winnicott. **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago Ed. (Trabalho proferido em 1949 e publicado originalmente em 1954a).
- Winnicott, D. W. (2000). Psicoses e Cuidados Maternos. *In*: D. W. Winnicott. **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago Ed. (Trabalho proferido em 1952 e publicado originalmente em 1953).
- Winnicott, D. W. (2000). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. *In*: D. W. Winnicott. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho originalmente publicado em 1955).

Recebido: 15.08.22 / Corrigido: 20.02.23 / Aprovado: 21.05.23