

***Associação de Psicoterapia
Psicanalítica***

XXII Simpósio



QUEM SOMOS NÓS: ONTEM, HOJE E AMANHÃ

***São Paulo
2021
APP***

***Maria Regina M. Friedmann - Maia
Maria Lydia de Mello***

XXII SIMPÓSIO

QUEM SOMOS NÓS: ONTEM, HOJE E AMANHÃ

Presidente:

Maria Lydia de Mello

Vice Presidente:

Vania Sanjuan Cavalcanti Cruz

Diretoria Científica:

Nadir A. Gil Ocanha Silva

Bruna Bartoli Noronha

Diretoria Cultural:

Nícia de Lara Crelier Azevedo

Ligia Teixeira Martins

Diretoria de Divulgação:

Bianca Ghirardo Recchia

Edna A.L. Padrão

Diretoria Comunicação Social

Maria Eugênia Fernandes

Maia – Maria Regina M.

Friedmann

Diretoria Secretaria

Lara Oliveira de Britto

Tesouraria:

Roberta Soares Rodrigues

Luzia Nelsa de Almeida

Winandy

SAAPP - Serviço de

Atendimento:

Maria Tereza de Oliveira

Daliane Pilar de Souza Grandi

CEAPP :

Maria Eugênia Fernandes

Rita de Cássia Stelutto

Editorial

Um ano já se passou desde a apresentação do XXI Simpósio da Associação de Psicoterapia Psicanalítica (APP). Um tempo difícil, de muita luta, muita garra e também, muita tristeza. Alguns de nós perderam pessoas queridas neste período.

“Quem somos nós: ontem, hoje e amanhã”, será o tema deste nosso novo encontro.

Olhando para o mundo em que estamos, muitas perguntas me ocorrem:

- Como vivemos? Somos diferentes do que foram nossos pais? O que permanece, o que mudou?

- Como vivem nossos filhos? Nossos netos, como viverão?

- Quantas mudanças num pequeno espaço de tempo e o intervalo entre elas parece que fica cada vez menor.

- Sexualidade, identidade, o papel das mulheres, dos homens, a tecnologia, o trabalho, o desenvolvimento das crianças, a pandemia, são tantas as mudanças que o que nos definia ontem ainda nos define hoje?

Pensar é nossa obrigação, refletir, escolher, aceitar, respeitar mais do que tudo. O que estamos fazendo com as pessoas do nosso entorno, da nossa família, o que estamos fazendo com o nosso planeta?

Tempos difíceis, de isolamento, de luta, mas também de esperança.

Ryad, converso sempre com você em meus pensamentos e me pergunto o que você teria a dizer. Continuo com saudades.

Termino com um trecho da letra de uma música que Caetano canta, mas cuja autoria é de Guilherme Arantes, para que tenhamos a esperança sempre presente entre nós.

Acredito na vida, na sua força de recuperação e na nossa capacidade de mudança.

“Amanhã!

Está toda a esperança

Por menor que pareça

Existe e é pra vicejar

Amanhã!

Apesar de hoje

Será a estrada que surge

Pra se trilhar

Amanhã!

Mesmo que uns não queiram

Será de outros que esperam

Ver o dia raiar

Amanhã!

Ódios aplacados

Temores abrandados

Será pleno! Será pleno!”

(Guilherme Arantes)

Um abraço a todos e obrigada pela participação,

Maria Lydia de Mello – Presidente APP

“QUEM SOMOS NÓS: ONTEM, HOJE E AMANHÃ”

XXII SIMPÓSIO - 2021

Organização APP-Associação de Psicoterapia Psicanalítica – São Paulo - SP

Número ISBN: 978-65-995154-0-8

Agradecimentos

- Liegem Acioli Gritti
- Prof. Dr. Wagner Ranña
- Prof^a. Dr^a. Gina K. Levinzon
- Prof^a. Isabel Cristina Gomes
- Prof^a. Dr^a. Ivonise Fernandes da Motta
- Prof^a. Dr^a. Sueli Regina G. Rossini

Gostaríamos de fazer um agradecimento especial a Ana Maria Pekny, nossa parceira incansável nesta jornada, com “olhos de águia e coração de mãe”.

Ana está sempre pronta a nos responder, atenta aos detalhes e disposta para qualquer novidade do mundo virtual.

Sua delicadeza é um aprendizado para todos nós.

É muito bom tê-la conosco!

Obrigada!

Organização do Simpósio

Coordenação: Maria Regina M. Friedmann – Maia e
Maria Lydia de Mello

Comissão de Apoio

- Bianca G. Recchia
- Lara O. Britto
- Luzia Nelsa de Almeida Winandy
- Maria Tereza de Oliveira
- Roberta Soares Rodrigues
- Jéssica Aline da Costa Lima

Comissão Avaliadora

- Bruna Bartoli Noronha
- Daniela V. Abarca
- Jéssica Aline da Costa Lima
- Laisa Trein Barbieri
- Lara O. Britto
- Lígia Teixeira Martins
- Madalena Aparecida de Andrade
- Maria Carolina Vita Nunes
- Marisa Cintra Bortoletto
- Nadir Ocanha
- Nícia de Lara Crelier de Azevedo
- Roberta Soares Rodrigues

Apoio



(11) 2334-6327 / 98145-1791

www.zagodoni.com.br

ÍNDICE

Quando o sonho manda recado: é possível ser mãe e ainda mulher?	8
<i>Autora: Maria Elisângela Nunes Carneiro Dabbah</i>	
Ajudando uma paciente a sonhar: Uma reflexão clínica psicanalítica sobre sonhos não sonhados e sonhos interrompidos	18
<i>Autora: Natalia Maria Muth Sanerip</i>	
<i>PALESTRA:</i>	
Quem somos nós: ontem, hoje e amanhã: evolução de uma identidade na visão winnicottiana	28
<i>Palestrante: Liegem Acioli Gritti</i>	
Pas de deux psicanalítico: uma expressão da alma	29
<i>Autora: Priscila Corrêa</i>	
Resistência: análise de um recorte de uma história clínica	43
<i>Autora: Gladys Ferreira Kogl</i>	
<i>PALESTRA:</i>	
Constituição psíquica e mal-estar na infância: ontem, hoje e amanhã	50
<i>Palestrante: Prof. Dr. Wagner Ranña</i>	

**QUANDO O SONHO MANDA RECADO:
É POSSÍVEL SER MÃE E AINDA MULHER?**
Autora: Maria Elisangela Nunes Carneiro Dabbah

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar o momento de ambivalência entre o ser mãe e ser mulher vivenciado pela paciente e como este estado de ambivalência acompanhado por sentimentos como culpa e frustração influenciam na forma como ela ocupa tais papéis.

Para tanto, nos utilizamos de vinhetas de sessões e fragmentos de sonhos apresentados pela paciente que nos ajudam a ilustrar, a partir da relação com a analista, a dificuldade que a paciente apresenta em retomar e se apropriar do papel de mulher sem que este seja ofuscado pelo papel materno.

PALAVRAS-CHAVE: maternidade, sexualidade, sonho, ambivalência.

INTRODUÇÃO

Segundo Roudinesco e Plon (1998), o sonho é um fenômeno psíquico produzido durante o sono, é predominantemente constituído por imagens e representações e sua manifestação e ordenação fogem ao controle consciente de quem sonha.

Os autores complementam ainda que, a partir do século XVIII o termo passa a representar também uma atividade consciente que se baseia em imaginar situações que não consideram as limitações da realidade material e social. Sendo o sonho sinônimo de visão, devaneio, idealização ou fantasia.

Roudinesco e Plon (1998), citam que o livro *A interpretação dos sonhos* de Freud, foi de grande impacto no campo psicanalítico tornando a ideia de sonho inseparável da interpretação.

Freud (1900, p. 663 - 667), com relação ao conteúdo manifesto e latente classifica os sonhos em três categorias: na primeira categoria cita aqueles que fazem sentido e são inteligíveis, na segunda categoria apresenta os sonhos que embora tenham um sentido claro e sejam coerentes são desconcertantes, não há como encaixar esse sentido à vida anímica. A terceira categoria se refere aos "sonhos destituídos de sentido ou

inteligibilidade, que parecem desconexos, confusos e sem significados." A esta terceira categoria pertence à maioria dos sonhos.

Ao analisar os sonhos infantis, Freud concluiu que estes se referiam à realização de desejos intensamente vivenciados no dia anterior, no entanto, se tratando dos sonhos de adultos não é tão simples assim, não raro que de um sonho longo, complicado e confuso se destaque um fragmento claro, que contenha a realização de um desejo, mas este está vinculado a algum material ininteligível. Segundo o autor, por trás da realização do desejo manifesto pode esconder-se algum outro sentido.

É na análise que o paciente tem a possibilidade de "sonhar os sonhos não sonhados" e na relação com o analista, dar algum sentido aos sonhos, quando isso não é possível o sujeito fica impedido de viver de forma mais plena, como afirma Ogden em seu trabalho sobre os sonhos:

"Uma pessoa consulta um psicanalista porque está sofrendo emocionalmente; sem saber, ela é incapaz de sonhar (isto é, incapaz de elaboração psicológica inconsciente) ou fica tão perturbada com o que está sonhando que seu sonho é interrompido. À medida que é incapaz de sonhar sua experiência emocional, o indivíduo é incapaz de mudar, ou de crescer, ou de tornar-se diferente de quem ele tem sido." (OGDEN, 2010, p. 21)

DADOS DA PACIENTE

Célia¹ tem trinta e dois anos, casada e mãe de um menino de dois anos. Mora com o marido e o filho.

É a filha mais velha, tem uma irmã 3 anos mais nova.

É profissional da saúde, autônoma e atualmente realiza alguns trabalhos pontuais.

QUEIXA

Segundo a paciente, buscou análise porque sente alguns incômodos e percebe que precisa fazer novos movimentos relacionados à fase em que se encontra e seus papéis de mulher, mãe e filha, mas para isso necessita de ajuda, pois não consegue entender sozinha o que se passa consigo.

HISTÓRICO DA PACIENTE

Célia descreve a relação com os pais como sendo "muito difícil". Sua relação com a mãe é mais distanciada, a percebe como sendo uma pessoa rígida e crítica, que geralmente não aceita opiniões diferentes da sua.

¹ Todos os nomes mencionados são fictícios, a fim de preservar a privacidade da paciente.

Segundo ela, o pai sempre foi um homem que trabalhou muito, que pouco convivia com a família e que sempre assumiu o papel de provedor, atendendo a todas as demandas financeiras das filhas e esposa.

A paciente esforça-se para conseguir se separar dos pais, pois tende a ficar envolvida com questões que envolvem a rotina da família. Apesar da dificuldade, Célia consegue, em alguns momentos, se colocar e marcar os limites necessários para que ela permaneça nos recentes papéis de esposa e mãe. No entanto, relata ansiedade sempre que precisa se opor aos pais ou mostrar algum movimento de autonomia.

Segundo Célia, a relação com o marido é de apoio mútuo e pautada no diálogo e compreensão, mas apesar disso, a paciente tem apresentado dificuldades no campo da sexualidade, o que tem se intensificado nos últimos meses.

Segundo ela, depois do nascimento do filho a relação do casal mudou e a relação dela com o próprio corpo também. Relata que após três meses de relacionamento ela engravidou, antes disso ainda estavam se conhecendo e em fase de descobertas e não puderam aproveitar essa fase por muito tempo.

Relatou o trabalho de parto como uma experiência difícil, a paciente descreveu as primeiras horas como sendo tranquilas e com todo apoio que precisava onde estava, na casa de parto escolhida, no entanto o trabalho de parto não evoluiu como esperava e precisou ser levada a uma maternidade. Célia imaginava ter um parto natural, sem intercorrências, o que não aconteceu. Descreve com muita dor a experiência considerada por ela como traumática, esta parece não ter sido elaborada e provoca na paciente as sensações de ambivalência, insegurança e culpa.

Desde então, a sexualidade ocupa um lugar de estranhamento, e a intimidade com o marido que antes do nascimento do filho parecia viva e prazerosa, passou a ser sentida como violenta e ameaçadora.

Célia amamenta o filho e até então não considera o início do processo de desmame, pratica cama compartilhada, nesta situação o filho dorme na cama dos pais.

A paciente descreve esta situação como confortável para ela e para o marido, no entanto, foi possível observar durante as sessões que a mesma apresenta dificuldades em reconhecer que se sente incomodada e em estabelecer limites com relação aos apelos do filho, o que aparece implícito em suas falas, como na sessão relatada abaixo, quando o filho mama enquanto ela tenta dizer a ele e a si mesma que ele já é “um menino grande”.

No decorrer do trabalho serão expostas vinhetas de sessões e sonhos trazidos pela paciente e que ajudarão a ilustrar o presente trabalho.

EVOLUÇÃO DA PSICOTERAPIA

Célia fora paciente da analista durante o período gestacional, na ocasião permaneceu em análise por sete meses e interrompeu alegando dificuldades financeiras.

Nesse período foram trabalhadas questões como a relação com os pais e a transição do papel de filha para os papéis de mãe e esposa.

Após dois anos, Célia entrou em contato solicitando retomar a análise, a paciente comentou que sente alguns incômodos e percebe que precisa fazer novos movimentos relacionados à fase em que se encontra, mas para isso necessita de ajuda, pois não consegue entender sozinha o que se passa consigo.

Os atendimentos são realizados com frequência semanal e na modalidade on-line.

Desde o início, Célia mostra interesse nas sessões, não atrasa, falta raramente e demonstra confiança no vínculo terapêutico.

Na transferência com a analista, a paciente expõe suas fragilidades e necessidade de apoio, mostrando em alguns momentos desamparo. É possível observar que ela transfere para a figura da analista a mãe idealizada, boa e acolhedora e em outros momentos o pai internalizado, que julga e que parece não acreditar em seu potencial e assim ela permanece a espera de uma solução, em ambas as situações ela busca agradar, pois teme a perda desses objetos.

É característico do procedimento psicanalítico que, na medida em que ele começa a abrir caminho dentro do inconsciente do paciente, seu passado (em seus aspectos conscientes e inconscientes) vá sendo gradualmente revivido. Desse modo sua premência em transferir suas primitivas experiências, relações de objeto e emoções é reforçada, e elas passam a localizar-se no psicanalista. Disso decorre que o paciente lida com os conflitos e ansiedades que foram reativados, recorrendo aos mesmos mecanismos e mesmas defesas, como em situações anteriores. (KLEIN, 1952, p. 71).

Para Klein (1952), o fato de terem sua origem na mais tenra infância, explica as fortes alternâncias na transferência, que pode oscilar entre as figuras de pai e mãe, objetos onipotentemente bondosos e perseguidores perigosos, figuras internas e externas, tudo isso podendo ocorrer em uma mesma sessão.

Célia se descreve como uma pessoa rígida, controladora e intensa em suas relações. Costuma exigir muito de si, descreveu uma situação em que se sentiu "incapaz",

pensamento este que eleva sua ansiedade, como por exemplo, em uma entrevista para ingressar no mestrado:

"Parecia que eu não sabia nada, quando vi as cinco professoras olhando para mim não sei, mas fiquei muito nervosa, meu pensamento ficou confuso. Uma delas foi minha professora na faculdade e nesta época eu era mais desencanada, ela deve ter pensado: O que ela faz aqui? Essa menina não sabe nada! Ela me perguntou qual era meu problema de pesquisa e na hora me perdi e enrolei, não conseguia explicar...Saí de lá com uma sensação péssima, chorei por horas depois, talvez eu não passe na entrevista..."

Nessa situação, Célia pareceu se sentir impotente e perseguida, projetando na figura da professora um objeto somente mau e punitivo. Embora a paciente permaneça a maior parte do tempo na posição depressiva, se sentindo culpada e se preocupando com o outro, em alguns momentos em que se sente muito insegura, ameaçada e atacada, transita para a posição esquizoparanóide.

Segundo Capier (1990, p. 185-202), Klein denominou como posição esquizoparanóide a fase inicial da vida em que há o predomínio dos processos de cisão na mente do bebê. Nesta fase, as figuras boas são boas e as figuras más são somente más, não havendo ainda integração dos objetos internos, tendo como modalidade predominante a identificação projetiva. Os momentos de frustração concentram o espectro de um objeto mau, inevitável e perverso que cria uma ansiedade grave e difusa para a sobrevivência da pessoa e de seus objetos bons.

Nestas situações, em que a cisão é predominante, a paciente fica impedida de integrar o bom e mau no objeto, provocando um funcionamento mais ansioso e rígido.

Foi possível observar que apesar de apresentar um superego mais enrijecido, a paciente está tentando fazer alguns movimentos de integração e flexibilização, entrando em contato inclusive com seus desejos, como podemos observar no fragmento de sonho relatado abaixo:

Célia - *Eu, Bruno e Carlos estávamos deitados em uma cama ao ar livre. Estávamos cercados por pessoas, não me recordo quem eram. Essas pessoas estavam seguindo para outro lugar e estavam nuas. Parecia uma festa! Eu queria ir com elas, estava curiosa, mas para ir com elas eu também deveria estar nua, não me sentia à vontade para isso e não fui. Mas estava com vontade de seguir com elas.*

Analista - *Percebo que algo não está podendo acontecer, nem na cama nem fora dela. Será que tem a ver com a sua sexualidade, feminilidade?*

Célia - *Talvez, tem sido um pouco difícil para mim desde o nascimento do Bruno. Antes eu era mais solta, não encanava com o corpo, agora não fico à vontade. A paciente não parecia muito à vontade com o tema, foi a primeira vez que falou da sexualidade.*

No relato acima, Célia descreveu o filho entre o casal na cama. Enquanto a paciente descrevia a cena da cama com os três, a analista pensou em uma cama apertada, na qual não poderiam se mover. Possivelmente a presença do filho poderia estar impedindo o movimento sexual do casal, trazendo um conflito entre os papéis de mãe e mulher.

As pessoas que estavam nuas e pareciam estar em uma festa, podem simbolizar uma situação de entrega, de poder brincar e festejar sua sexualidade e feminilidade, mas que ainda não consegue, não se sente "à vontade". Sobre esta cena do sonho, a analista pensou em liberdade, festa e alegria, o que não estava acontecendo na cama apertada.

Nesta situação, enquanto a paciente descrevia fragmentos do sonho sonhado, a analista tentava acompanhá-lo, criando de alguma forma um segundo sonho, que poderia traduzir um tanto dos conteúdos inconscientes e que até aquele momento, não eram possíveis de serem nomeados por Célia.

"Ao participar do sonhar os sonhos não sonhados e interrompidos do paciente, o analista não está simplesmente vindo a conhecer o paciente; ele e o paciente estão juntos vivendo a experiência emocional até então insonhável ou ainda-a-ser-sonhada na transferência-contratransferência. Nesta experiência, o paciente está no processo de vir a ser mais plenamente e o analista está conhecendo a pessoa que o paciente está se tornando." (OGDEN, 2010, p. 25)

Na semana seguinte a paciente trouxe outro sonho, comentou que não tinha compreendido o sonho e considerava importante comentar com a analista.

No início da sessão a paciente estava amamentando o filho no colo.

Ele não parecia tranquilo, sereno, estava agitado, mamava de forma voraz, alternando de um seio ao outro rapidamente. Célia não demonstrava incômodo, o filho transitava livremente. Ela o incentivava a falar com a analista, como uma forma de o fazer desistir de mamar. Queria que ele contasse que cortou o cabelo e agora está com cara de menino grande, mas ele estava absorvido na experiência de mamar no seio materno e parecia não ouvir seu apelo.

Célia - *Filho, fala com a tia, conta para ela que você cortou o cabelo e agora já está com cara de menino grande!*

Quando Bruno saiu do ambiente ela comentou:

Célia: *A semana está muito tranquila, aqui no interior é mais tranquilo, nada de correria, estranho essa tranquilidade toda. Bruno está brincando mais tempo sozinho, não me chama tanto, está bem melhor assim! Ele não fica tão grudado.*

Analista - *Você está percebendo que Bruno está crescendo, e a dependência agora é diferente de quando era bebê, ele está ficando um “menino grande”!*

Você está achando estranho porque agora tem mais espaço para se ocupar de você. Embora tenha mais espaço agora para se ocupar de você, parece que há uma dificuldade para isso.

Na sequência a paciente descreveu o seguinte sonho:

Célia - *Havia uma viagem marcada para a China mas, para conseguir embarcar eu precisaria passar por uma prova.*

Fomos para um local onde teríamos aula de flauta, isso fazia parte do processo de aprovação. Estávamos eu, minha irmã e meu marido. Parecia uma sala de reunião de um local social, sabe como as salas de grupo de UBS? Lugar muito simples. As aulas iam ser neste local com um professor.

De repente a sala começou a ser invadida por uma água que brotava do chão, eu tentava tirar com um rodo, mas a água voltava, não era nada assustador, mas trazia um incômodo, a água ia se espalhando e invadindo o local. Eu não sabia o que fazer com aquilo, mas não tinha vontade de fugir, sair correndo, nada disso, mas tinha um incômodo.

Dentre tantos elementos presentes no sonho, a flauta chamou a atenção da analista.

Analista - *Fale um pouco mais sobre a flauta, você já tocou?*

Célia - *(risos) Já toquei na escola quando era pequena, eu e minha irmã. Eu não gostava, mas minha irmã sim. Minha mãe sempre escondia a flauta porque fazia muito barulho e minha irmã queria tocar o dia inteiro, mas a gente sempre dava um jeito de achar.*

Minha irmã acabou de dar uma flauta para meu filho e eu estou guardando porque o Bruno quer ficar tocando o tempo inteiro (risos).

Analista - *Foi a forma que você achou para colocar um limite, nem sempre ele poderá fazer o que quer e tudo bem Célia.*

De acordo com Ogden (2010), a fala do analista deve ser utilizada pelo paciente com o propósito de elaboração psicológica consciente e inconsciente, ou seja, como uma

forma de sonhar sua própria experiência, e desta forma poder sonhar existir mais plenamente.

No início da sessão, enquanto Bruno mamava, a analista tinha a sensação de uma falta de limite, havia uma invasão, mas parecia que Célia não poderia demonstrar/nomear seu incômodo, como no sonho havia um incômodo, ela não queria sair correndo, mas ao mesmo tempo não sabia o que fazer com aquilo.

Quando comentou que está gostando mais dessa fase em que o filho não fica "tão grudado" a ela, para a analista foi uma forma de nomear o incômodo não nomeado anteriormente. A hipótese da analista é que a paciente se sente invadida pelo filho, pelo papel da maternidade, não conseguindo retomar o papel de mulher e desfrutar de forma mais livre sua sexualidade. Parece não conseguir falar a respeito, pois ainda não se dá conta disso conscientemente, mas sente que algo está mudando e por isso buscou a análise.

De acordo com a teoria de Freud (1900, p. 663 - 667) com relação ao conteúdo manifesto e latente, é possível observar que os sonhos descritos acima se encaixam nas segunda e terceira categorias descritas por ele, ou seja, o primeiro sonho em que a paciente está deitada em uma cama com o filho e o marido tem um sentido claro e é coerente embora não se encaixe na vida anímica de Célia, e o segundo sonho em que ela precisa ter aula de flauta em uma sala em que a água brota do chão parece um sonho destituído de sentido e inteligibilidade, que parecem desconexos, confusos e sem significado.

Embora os sonhos apresentados pela paciente tragam elementos que em sua maioria sejam desprovidos de significado claro,

"...o analista deve possuir a capacidade de devaneios, isto é, a capacidade de sustentar por longos períodos de tempo um estado psicológico de receptividade aos sonhos não sonhados e interrompidos do paciente, à medida que eles são vivenciados na transferência-contratransferência. Os devaneios do analista são centrais ao processo analítico, no sentido de que eles constituem uma via de acesso essencial pela qual o analista participa no sonhar dos sonhos que o paciente é incapaz de sonhar por conta própria." (OGDEN, 2010, p. 22)

Durante as sessões, a analista se sente convidada a entrar no campo dos sonhos e representações da paciente, ela apresenta seus sonhos e juntas, paciente e analista, constroem um novo sentido para aquilo que antes parecia um material desprovido de valores e significados. É comum que no início das sessões, antes de relatar um sonho ou pensamento, Célia descreva a sensação de que está tudo solto, flutuando ou em pedaços. A partir dessas falas a analista se percebe ajudando a paciente a costurar uma grande colcha de retalhos, onde cada pedaço, embora pareça estranho e desconhecido se torna parte

importante do todo, e assim torna possível o sonhar os sonhos não sonhados ou interrompidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o observado, é possível considerar que a paciente vivencia um conflito inconsciente entre o ser mãe e ser mulher, como se um papel anulasse o outro, neste caso o papel materno parece não poder dialogar com o papel de mulher.

Os sonhos apresentados no decorrer do trabalho ilustram este conflito em dois momentos: no primeiro sonho Célia está com o marido e o filho na cama enquanto que seu desejo parece ser sair livremente, desnudar-se, sente-se curiosa com a possibilidade de ir a um outro lugar mas não se sente à vontade para isso, neste momento seu superego rígido toma a cena.

No segundo sonho, rico em detalhes, a paciente deixa vir à tona o incômodo, que não apareceu no primeiro sonho, mas não sabe o que fazer com essa descoberta.

A água no sonho, ao mesmo tempo em que pode representar invasão, também pode representar movimento, fluidez e tentativa de integração, o que é possível observar na tentativa que a paciente faz ao nomear o quanto a maternidade a invade e seus pequenos incômodos.

Neste sentido é possível perceber ambivalência, uma vez que suas ações parecem não coincidir com seus sentimentos, pois comenta que pratica cama compartilhada e pretende continuar amamentando pelo tempo em que o filho quiser, ao mesmo tempo em que se mostra aliviada, uma vez que o filho está se tornando um “menino grande” e “não fica tão grudado”.

Acreditamos que a situação do parto difícil e diferente do que havia idealizado contribui para o sentimento de culpa, o que dificulta a realização de novos movimentos com relação aos referidos papéis.

O material apresentado nos sonhos nos faz pensar que a paciente começa a vislumbrar alguma mudança, no sentido de integração dos papéis e possibilidades de mudanças e amadurecimento. A partir disso, alguns questionamentos surgem que podem servir como norte para a continuidade do trabalho:

O que ela fará com o espaço que surge, já que a partir de agora o filho não demandará sua atenção como antes?

Talvez, como a água, agora os sentimentos tomem formas diferentes e às vezes podem incomodar. Que mãe ela está se tornando? Parecida com a sua mãe que escondia a flauta, aquela que impõe limites, ajudando o filho a entrar em contato com o princípio da realidade? Que mulher ela pode ser?

Mediante o observado, podemos inferir que os sonhos trazem para a paciente o recado de que existem incômodos e desejos relacionados aos papéis de mãe e mulher, mas que até então não poderiam ser olhados e nomeados. É na relação transferencial com a analista que a paciente tem a possibilidade de olhar para esses recados de forma menos fragmentada e menos ameaçadora, dando um novo sentido para os referidos papéis, onde estes possam ocupar espaços mais integrados na mente da paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPER, Robert. Fatos imateriais. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

FREUD, Sigmund. Sobre os Sonhos In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud Volume V: A Interpretação dos Sonhos (II) e Sobre os Sonhos (1900-1901). Rio de Janeiro: Imago, 2006.

KLEIN, M. As origens da transferência. In: Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963). Volume III das obras completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

OGDEN, T.H. Essa arte da psicanálise. Sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos. Coleção Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre: Artmed, 2010.

ROUDINESCO, Elisabeth & PLON, Michel. Dicionário de Psicanálise. Tradução de Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

Maria Elisangela Nunes C. Dabbah
Rua dos Três Irmãos, 62 – Cj.706 – São Paulo – SP
E-mail: m_elisan@hotmail.com
Celular: (11) 98777-3982

**AJUDANDO UMA PACIENTE A SONHAR: UMA REFLEXÃO CLÍNICA
PSICANALÍTICA SOBRE SONHOS NÃO SONHADOS
E SONHOS INTERROMPIDOS**

Autora: Natalia Maria Muth Sanerip¹

RESUMO

Este trabalho busca apresentar, por meio de um caso em psicoterapia psicanalítica, como os sonhos não sonhados e sonhos interrompidos – postulados por Ogden (2010) – se manifestam no trabalho clínico. Embora o autor exponha dois tipos de pacientes: os que sofrem por serem incapazes de sonhar e os que ficam tão perturbados com o que estão sonhando que seu sonho é interrompido, é possível perceber que os cenários se sobrepõem e se intercalam. Faz-se necessário, portanto, uma outra mente (a do analista), que consiga entrar em contato com a dor e com o sofrimento, para ajudá-los a sonhar.

PALAVRAS-CHAVE: psicoterapia psicanalítica, Thomas Ogden, sonhos não sonhados, sonhos interrompidos.

INTRODUÇÃO

Os sonhos sempre geraram curiosidade e ânsia de compreensão. O homem atribuiu aos sonhos interpretações e significados dos mais variados; de cunho premonitório, religioso e outros. No entanto foi a partir da obra "A Interpretação dos Sonhos" de Freud publicada em 1900, que certa aura de cientificismo foi declarada sobre as imagens e situações presenciadas no sono. Para ele, o sonho seria a realização do desejo. Instaurou-se, então, a psicanálise – que tem como objeto o inconsciente, para o qual o sonho seria, no dizer de Freud, a "via régia".

Mais tarde, Bion (1962) amplia a ideia do sonho, na medida em que o sonhar se faz num processo constante, tanto no sono quanto na vida de vigília. Para este autor, sonhar relaciona-se à função-alfa, isto é, à capacidade de transformar impressões sensoriais brutas (elementos beta) - as quais não podem ser utilizadas para pensar - em elementos da experiência que podem ser ligados entre si (elementos alfa).

¹ Psicóloga, aluna do curso de Especialização em Psicoterapia CEPSI – UNIP
Consultório: Av. Paulista, 726 cj 903, São Paulo/SP
E-mail: natalia_sanerip@terra.com.br

Apoiando-se nesta teoria, Ogden (2010) nos oferece duas metáforas do sonho – a do terror noturno e a do pesadelo - para demonstrar que os pacientes sofrem por serem incapazes de sonhar ou ficam tão perturbados com o que estão sonhando que seu sonho é interrompido. O terror noturno é um sonho que não é sonho. A criança que tem um terror noturno fica aterrorizada com uma imagem, muitas vezes grita e não consegue se acalmar. Por fim, quando se acalma, volta a dormir e, ao despertar, não se lembra do “sonho”. Quando é capaz de se lembrar de algo, trata-se de uma imagem ou sensação, isto é, elementos beta - conforme a teoria de Bion. Já um pesadelo é um sonho, um sonho ruim. Ao acordar, a pessoa consegue distinguir o que foi sonho e o que é realidade; pode se lembrar do conteúdo do pesadelo e falar sobre ele. O sofrimento da pessoa é passível de elaboração psicológica inconsciente (função alfa) que resulta em crescimento emocional.

Os pacientes que sofrem metaforicamente de terrores noturnos, são pacientes que têm sonhos não sonhados. Segundo Ogden,

“os sonhos não sonhados destes pacientes persistem imutáveis como focos dissociados (ou setores amplos) de psicose ou como aspectos da personalidade nos quais a experiência é de antemão impedida de elaboração psicológica.” (OGDEN, 2010, p.21)

Ou seja, o paciente sente coisas, com as quais não consegue formar uma história, associar ou simbolizar. São sensações brutas, elementos beta. Ora, os pacientes que sofrem metaforicamente de pesadelos, são pacientes que têm sonhos interrompidos, isto é, seus “sonhos são tão assustadores que interrompem a elaboração psicológica envolvida no sonhar tanto durante o sono quanto no sonhar desperto inconsciente” (OGDEN, 2010, p. 21). Portanto algo começou a ser sonhado, simbolizado, porém permanece interrompido.

Para todos estes pacientes, é necessário usar a mente do analista, a qual entrando em contato com a dor e com o sofrimento, os ajude a sonhar. Neste sentido, a função do analista seria ajudar o paciente a sonhar seus sonhos não sonhados e seus sonhos interrompidos, se utilizando da *rêverie* e desenvolvendo no paciente sua própria capacidade alfa, para “sonhar-se existir mais plenamente”. (OGDEN, 2010)

APRESENTAÇÃO DO CASO

Isabela (nome fictício), 26 anos, é casada, possui nível superior completo e não tem filhos, embora tenha o desejo de ser mãe. Tem um irmão 3 anos mais velho, casado com um filho de 2 anos. Seus pais sempre tiveram boa condição financeira, porém são de “mente mais fechada”, pessoas que sempre trabalharam no sítio. Isabela sempre estudou

em escola particular, tirando boas notas. Relata que na infância, morava no sítio dos pais, era comunicativa e mais alegre. Sua depressão começou a manifestar-se de forma mais imperativa na adolescência. No Ensino Médio percebeu que tinha dificuldades em socializar-se. Não saía para as festas, uma vez que acreditava que seu pai nunca iria deixar. Se achava feia, esquisita, isolada, “um ser lá”. Exigente consigo mesma, achava que nunca alcançava bons resultados, que incomodava as pessoas e que era um fardo para os pais por ter depressão. Começou a namorar o marido quando estava terminando o Ensino Médio. Casou-se e então iniciou o curso superior. Há dez anos faz uso de medicação antidepressiva, já tendo usado todo tipo de antidepressivos, sempre com acompanhamento psiquiátrico. Não pensa em se matar, mas tem pensamentos “e se...” (“E se eu fosse atropelada”, “E se Deus me levasse”, “E se eu sofresse um acidente de carro.”)

EVOLUÇÃO DA PSICOTERAPIA

Isabela me procurou no último semestre da faculdade. Apresentava muita dificuldade em se relacionar com colegas de estágio, pensava em desistir da profissão, por achar que não daria conta. Tinha um senso auto-crítico extremamente severo e apresentava crises de ansiedade constantes, nas quais chorava muito e pensava em desistir da vida, pois era “um nada”. Dizia não ter mais esperanças de melhorar, mas pensou em tentar mais uma vez com uma nova psicóloga. Sabia que eu conhecia uma de suas tias, porém tal fato nunca foi mencionado.

No início de sua psicoterapia, Isabela tinha muita dificuldade em falar. Cabia a mim fazer-lhe perguntas, verificar se associava a alguma história de sua vida, como uma costureira que vai alinhavando pedaços de retalho. Isabela sentava-se no divã, olhando sempre para baixo, segurando as mãos. Era visível sua dificuldade e conseqüente sofrimento. Porém vinha regularmente às sessões, que propus serem duas vezes na semana. Falava de suas crises de ansiedade, seu choro e vontade de morrer, de desistir de tudo. Tudo lhe era penoso, lhe sugava muita energia.

Penso que nas sessões iniciais, Isabela trazia-me conteúdos de sonhos não sonhados – elementos beta. Sensações e falas que, muitas vezes não podiam ser relacionadas entre si, exigindo de mim uma capacidade de *rêverie*, ou seja, de receber suas identificações projetivas e ir acompanhando seus movimentos. Sentia-me bastante disponível para ela. Isabela somente sentia sua depressão, não conseguia sonhar sua condição, apenas se questionava o porquê tinha que ser assim – entrando num círculo vicioso. Tinha muita

dificuldade de se lembrar de eventos passados, relatando parecer existir um buraco em sua história.

Em dado momento, ainda nos primeiros meses de sua psicoterapia, sinalizei para Isabela que percebia um lado vivaz nela. Queria sair e jantar fora com o marido e brincar com os colegas da faculdade, porém o marido se assustava e sentia ciúmes, e os colegas se surpreendiam, o que a fazia acuar. Curiosamente, na sessão seguinte Isabela disse ter se lembrado de várias situações de sua infância e adolescência. Relatou situações de escola e lembranças com crianças que moravam perto do sítio. Lembranças gostosas e lembranças sofridas. Falou da perda da tia e lembrou-se de um trabalho de artes que realizou na escola, que foi bastante elogiado pela professora. Tratava-se de uma proposta na qual os alunos teriam que selecionar alguma obra estudada naquele período e transformar em um quadro próprio. Senti-me muito impactada por sua narração:

Paciente: Era um quadro antigo, de uma mulher debruçada no sofá e um homem sentado numa poltrona ao lado. Este quadro retratava a burguesia de um período que estudamos. Eu peguei aquela moça debruçada chorando e transformei em outra cena: ela debruçada em cima de um caixão, chorando. Estava chovendo.

Ao perguntar-lhe no que pensou para realizar sua própria obra, Isabela não conseguia relacionar com nada. Pensou que poderia ser porque o feriado de Finados era naquela época, e que provavelmente foi por conta disso. Não conseguia relacionar com nada seu. Fiquei muito curiosa e fiz uma busca na internet. Ao ver os resultados, não tive dúvidas sobre qual obra se tratava, conforme segue:



Fonte: Página do Wikipédia

Sonhei uma pessoa sofrendo um luto, debruçada sobre o caixão. Sonhei uma possível depressão pós-parto de sua mãe. Sonhei que sua depressão se tratava de uma melancolia. Identifico que estes sonhos estão ligados a função rêverie experimentada com Isabela. Sonhei e senti-me impelida a dar-lhe esta obra de arte. Imprimi em uma gráfica e na sessão seguinte, entreguei a Isabela. Ela teve um misto de surpresa e alegria. Questionou-me como eu tinha conseguido. Disse-lhe que conforme ia me contando, fiquei tomada pela cena e imaginando como seria o quadro. Fiz uma pesquisa e encontrei o quadro de “Arrufos”. Isabela então perguntou-me se poderia ficar com a cópia. Prontamente, respondi-lhe que sim. No entanto naquela sessão não foi possível sonharmos juntar o quadro, a perda, a depressão. Aguardei, mas entendi que Isabela estava se sentindo verdadeiramente ouvida e acompanhada. Penso neste quadro como um sonho não sonhado, e ao mesmo tempo um pedido de ajuda para que Isabela possa sonhar o insonhável. Segundo Ogden:

“podemos considerar que alguns pacientes que consultam um analista estão sofrendo de terrores noturnos (metafóricos). Sem estarem conscientes disso, eles estão buscando ajuda para sonharem sua experiência não sonhada e insonhável.” (p. 21)

Para mim, o quadro era uma imagem que retratava a melancolia de Isabela.

Aos poucos foi podendo falar de si, de seus pais, da depressão do pai e o quanto está identificada com ele. Da importância da opinião dos familiares em sua vida e do quanto prioriza os outros e se deixa de lado – não tem voz. Também foi se dando conta que tem muita raiva dentro de si, não aceita as coisas como são e idealiza a perfeição.

Nesta fase da psicoterapia de Isabela, identifico que começa a poder sonhar alguns aspectos de si e de sua história, na medida em que começa a associar. Porém, estes pequenos sonhos ainda não possibilitam Isabela a elaborar consciente e inconscientemente suas angústias. Ainda são sonhos interrompidos. Algo existe que a impede de prosseguir livremente seus sonhos. Afirmava sentir muita culpa. Uma culpa tão grande de ter atrapalhado a vida de todos: dos pais – por ter nascido, e do marido – por dificultar sua vida. Uma culpa por ser quem é!

Em meio a muitas dificuldades e vontade de desistir de tudo, Isabela terminou seu curso superior com muito mérito – embora não conseguisse desfrutar desta conquista. Pairava um sentimento de que algo muito ruim pudesse lhe acontecer. Muitas dúvidas e incertezas quanto a arrumar um emprego e como seria a vida depois de formada – uma vez que não teria mais algo em específico a se dedicar. Apresentava altos e baixos, momentos

em que pensava que conseguiria se firmar na vida e momentos de desespero e angústia; nos quais seu lado rígido, sua raiva e desesperança apareciam.

Penso que em muitas sessões, Isabela trazia elementos beta: sensações de desespero, de culpa, de ser um fracasso. Eu sentia algo “pesado e escuro” e que requeria de mim muita continência e paciência. Aos poucos fui tentando associar estas sensações com o que estava enfrentando na vida “fora” e “dentro de si”, emprestando minha função alfa a ela.

Com a pandemia da Covid-19, seus atendimentos passaram a ser por chamada de áudio. Ao informá-la da necessidade de prosseguirmos o trabalho psicoterápico, perguntei se Isabela preferiria chamadas com vídeo ou só áudio, uma vez que faríamos remotamente. Sem hesitar, pediu que as sessões fossem somente de áudio e eu assim aceitei, por compreender que para ela as chamadas com vídeo poderiam ser muito invasivas e persecutórias – dada sua dificuldade em olhar para mim quando as sessões eram presenciais.

Já formada, Isabela travou uma batalha em busca de emprego, entrevistas que não passava, sentimento de ter feito uma faculdade e não conseguir usar para nada, comparações com os colegas que já estavam trabalhando. As dificuldades por conta da pandemia são reais. Novas crises, sensações brutas, elementos beta. Porém o fato de as sessões serem sem contato visual, possibilitaram a Isabela sonhar um pouco mais. Começa a pensar que o fato de sentir que não dá conta de nada pode ser por sempre ter sido protegida. Começa a se questionar por que a mãe tenta resolver tudo por ela. Começa a se dar conta que “o buraco” na história de vida dela possa ser algo muito primitivo, que de repente algo mudou. Segue-se aqui um trecho de uma sessão que senti muitas coisas junto com Isabela e que penso ser um sonho interrompido, extremamente angustiante, que, por várias vezes Isabela tentou pensar, mas não conseguia elaborar.

Terapeuta: Interessante essa coisa do medo de causar tristeza nos teus pais... me dá uma sensação que já é de muito tempo atrás...

Paciente: A sensação é que sou a causa do problema, de que eu não era querida ali! Será que eu já tinha esses aspectos depressivos? Por outro lado, lembro que eu tinha uma infância feliz, mas que de repente houve uma quebra, eu parei de ser comunicativa!

T.: O que será que aconteceu, não? Porque em vários momentos aqui comigo, ficou essa sensação de que “de repente” as coisas mudaram. Você não sabe de

nada na sua história de vida que estava tudo indo bem e que “de repente” as coisas mudaram? Algum acontecimento importante, ou que marcou de alguma maneira?

P.: Não, é essa sensação minha mesmo... Já perguntei à minha mãe se eu fui planejada, e fui... Eu não sei.

T.: (Cogitei um aborto da mãe em minha mente, mas devaneei e subitamente tive uma lembrança de muitos anos atrás. Por conhecer uma de suas tias, me recordei que o avô de Isabela foi brutalmente assassinado quando eu era ainda adolescente. Nunca havia relacionado esta história com a família da paciente! Nunca havia me lembrado disso! Esta lembrança me causou muita angústia, e apontei para ela) Isabela, enquanto eu estava pensando aqui me veio algo aqui na minha mente e gostaria de compartilhar com você. Me lembrei que o seu avô foi assassinado, não é? Teve essa história toda, e até me surpreende o fato de você nunca ter dito nada aqui!

P.: É... muitas vezes que eu estava aí, e ficava quieta, eu pensava em dizer disso... Mas não conseguia.

T.: Foi na sua infância que isso aconteceu?

P.: Não, tudo aconteceu quando eu tinha 1 ano de idade e na metade da minha infância que lembro que começou mais a depressão. Minha mãe sempre fala pros médicos esse fato. Mas com 1 ano? O que é que eu sabia da vida? Não sabia nada!

T.: Bem, com 1 ano você podia não saber nada da vida. Mas sua vida era sua mãe! Na cabecinha do bebê a mãe é tudo, é a segurança, é o que o bebê sabe da vida! E sua mãe se ocupou de um luto quando você era bebê. O pai dela morreu quando você tinha 1 ano. E você bebê pode ter sentido esse impacto, sua mãe voltou o olhar dela, que antes era pra você, voltou para esse luto! O bebê acha que tudo é ele! Se a mãe está feliz, ele que causou isso, se a mãe se entristece, o bebê sente que ele causou essa tristeza na mãe. São sensações muito primitivas, muito lá de trás.

P.: (chorando muito) Eu já cheguei a falar pros meus pais que eu não fui planejada, que não fui desejada. Já joguei isso na cara deles, e minha mãe chorava e dizia, “Isabela, você era a nossa maior felicidade! A menina que a gente tanto desejou!” Na época minha mãe não quis fazer o ultrassom, quando eu nasci

e ela viu que era uma menina, disse que foi uma festa! Faz sentido, porque eu sempre tive essa sensação!

T.: Eu imagino que sua mãe ficou muito tomada por toda a situação do seu avô...

P.: Foi uma semana depois do meu aniversário.

T.: Então... é importante entender que sua mãe estava triste por ter perdido o pai, não estava triste com você. Pelo contrário! Um bebê de 1 ano pode ter sido a alegria da casa em meio ao caos. Ela desviou o foco de você para elaborar um luto, chorar esta perda. Não é sua culpa o luto da sua mãe!

P.: (chorando muito) Vou precisar de um tempo pra pensar tudo isso...

Imagino que por muitas vezes Isabela tentou sonhar este pesadelo, esta história ruim, porém parava por não conseguir transformar elementos beta em elementos alfa, não conseguia simbolizar, dar elaboração psicológica. O sonho permanecia interrompido. Seguindo o raciocínio de Ogden:

“Outros pacientes que consultam um analista podem ser considerados como indivíduos que estão sofrendo de pesadelos (metafóricos), ou seja, de sonhos que são tão assustadores que interrompem a elaboração psicológica envolvida no sonhar tanto durante o sono quanto no sonhar desperto inconsciente.” (OGDEN, 2010, p. 21)

Possivelmente por receber as identificações projetivas de Isabela, senti muita angústia ao relembrar o fato de o avô ter sido assassinado. Seguiram-se sessões muito ricas nas quais pudemos sonhar juntas este pesadelo bem como sonhar outros sonhos sem tanta angústia. Isabela começou a dar elaboração psíquica para um pesadelo que só podia ser interrompido. Identificou que muitas vezes não tinha coragem de perguntar sobre a morte do avô para sua mãe ou mesmo para sua avó, pois era tomada por um grande medo de machucá-las trazendo a história à tona. Quando estes sentimentos foram mitigados, pode conversar sobre a morte e o luto com elas. Em uma conversa muito franca com sua mãe, esta lhe disse que de fato viveu um luto muito difícil, e foi julgada por deixar seus filhos aos cuidados de uma prima enquanto estava absorvida pela perda.

O quadro da mulher chorando sobre o caixão tinha, por fim, a ver com sua melancolia. Era sua própria mãe, chorando a morte do pai – avô de Isabela. Um luto que atravessava a história de Isabela sem que ela conseguisse sonhar. Seu próprio luto pela mãe perdida. Pudemos explorar esse tema tão delicado, porém de extrema importância para a melhora de Isabela.

A partir deste trabalho em psicoterapia psicanalítica, Isabela começou a considerar suas possibilidades e limitações. Segue com muitas dificuldades, porém fortalecida.

Conseguiu um emprego, não na área em que se formou, mas que possibilita muitas experiências positivas. Começou a sonhar e a falar sobre seus afetos, suas características e funcionamento emocional. Desta forma vejo o quando estar ali com Isabela, podendo sonhar juntamente com ela, tem ajudado a expandir suas experiências. Continuo sonhando com ela e penso que isto se deve à *rêverie*, isto é, “a capacidade de sustentar por longos períodos de tempo um estado psicológico de receptividade aos sonhos não sonhados e interrompidos do paciente, à medida que eles são vivenciados na transferência-contratransferência.” (OGDEN, 2010, p. 22) Fico com Isabela, recebendo, acolhendo, simbolizando e nomeando suas angústias para devolver elementos mais filtrados – os elementos alfa.

CONCLUSÃO

Embora Ogden proponha uma separação entre pacientes que procuram um analista porque sofrem de terrores noturnos (sonhos não sonhados) e pacientes que sofrem de pesadelos (sonhos interrompidos), percebo que os cenários se sobrepõem e se intercalam. Isabela tem um funcionamento predominantemente neurótico, porém, como diz Bion (1962), possui núcleos psicóticos. Tais partes psicóticas podem produzir terrores noturnos, enquanto partes mais neuróticas produzem pesadelos e sonhos. Para conseguir acompanhar Isabela em seus sonhos, tive que acessar minha capacidade de *rêverie*, como uma mãe oferecendo o colo ao seu filho e transformando elementos beta em alfa.

O fato de Isabela poder utilizar a capacidade da minha mente para sonhar, tem ampliado sua experiência emocional. Ela tem podido desenvolver-se, fortalecer-se e tornar-se diferente de quem tem sido (Ogden, 2010). Posso dizer que muito tenho aprendido com ela sobre a arte da psicanálise. Tenho expandido minha capacidade de *rêverie*. E sou-lhe grata.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BION, W. – (1962) Os Elementos da Psicanálise. São Paulo: Zahar ed., 1966.

OGDEN, T. H. – Essa arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos. In: Essa arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FREUD, S. - (1900). A Interpretação dos Sonhos. Volume IV Edição Standart das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

WIKIPÉDIA: A Enciclopédia Livre -

[https://pt.wikipedia.org/wiki/Arrufos_\(Belmiro_de_Almeida\)#:~:text=Arrufos%20\(1887\)%20%C3%A9%20um%20quadro,hist%C3%B3ricas%20e%20de%20imagem%20sagradas](https://pt.wikipedia.org/wiki/Arrufos_(Belmiro_de_Almeida)#:~:text=Arrufos%20(1887)%20%C3%A9%20um%20quadro,hist%C3%B3ricas%20e%20de%20imagem%20sagradas). Acesso em 22/11/2020

Natalia Maria Muth Sanerip
Av. Paulista, 726 – Cj. 903 – São Paulo – SP
E-mail: natalia_sanerip@terra.com.br
Celular: (011) 99896-3111

**QUEM SOMOS NÓS: ONTEM, HOJE E AMANHÃ:
EVOLUÇÃO DE UMA IDENTIDADE NA VISÃO WINNICOTTIANA**

Palestra: Liegem Acioli Gritti

RESUMO

A obra de Winnicott é extraordinariamente importante, complexa e vasta. Em decorrência de suas atividades clínicas como pediatra e psicanalista e sua imensa capacidade de observação ele abriu uma nova perspectiva para a clínica psicanalítica. Pela originalidade, sua teoria do amadurecimento pessoal é a sua maior contribuição à psicanálise. Sua visão do homem é singular e criativa. A maior necessidade do ser humano é de SER e continuar sendo, como uma tendência inata. E por ser uma tendência e não uma determinação, o processo de integração para se chegar a ser si mesmo não se dá de forma natural e espontânea, depende da sustentação ambiental ativa e confiável. Só nos tornamos humanos na presença de outro ser humano que cuide e ame. E entre o “começo” e o final da vida, a tendência inata à integração desdobra-se em uma sequência **temporal** de tarefas a serem cumpridas, até a conquista de uma identidade própria, um Eu Sou. Ruptura no processo de amadurecimento pessoal leva a distúrbios emocionais. O ser humano é essencialmente temporal, um ser **dependente**, de **ação** e **criativo**, criatividade primária de onde surge o psiquismo. A proposta é falar sobre como Winnicott pensa o ser humano e destacar brevemente o valor que algumas das suas ideias tiveram e estão tendo para nos auxiliar a dar prosseguimento ao nosso trabalho como psicoterapeutas psicanalíticos, diante da modificação tão radical e rápida do **setting analítico**, diante desse triste momento que o mundo está vivendo.

Liegem Acioli Gritti

E-mail: liegemgriti@uol.com.br

PAS DE DEUX PSICANALÍTICO: UMA EXPRESSÃO DA ALMA

Autora: Priscila Corrêa

*"E que todo o dia em que se não haja dançado, pelo menos uma vez, seja para nós perdido!"
(NIETZSCHE, 1883-1885, n.p.).*

RESUMO:

Este trabalho tem como objetivo estudar a dupla analítica do ponto de vista da arte, sobretudo da dança, com base nas minhas vivências, na tentativa de explicar o que entendo da relação, trazendo, ainda, as minhas sensações e aprendizados durante os encontros.

PALAVRAS-CHAVE:

Dupla analítica; Psicanálise; Dança; Arte; *Pas de deux*.

APRESENTAÇÃO DO ENREDO

Assim como em um espetáculo de ballet clássico, no qual os bailarinos encenam papéis, que se apresentam tão logo se inicia a cena, ao longo das sessões, a paciente revela que dentro de si há diversas personagens. Sendo assim, em seu devido momento, apesar de descrever o histórico de Laura¹, ela se apresentará como primeira bailarina, encenando, em dupla comigo, diversas situações dos encontros analíticos.

Sendo o encontro analítico uma experiência emocional, única da dupla e do momento, não me pareceu coerente escrever o que observei e senti durante as sessões em terceira pessoa, apenas como espectadora.

Portanto, o objetivo desse trabalho é sensibilizá-los com a nossa dança, na tentativa quase impossível de retratar, de uma forma mais próxima da experiência sensível que apenas em palavras, o que se passou nos bastidores desse encontro analítico, revelando que há dias em que ela flui bem e os passos são desenvolvidos com harmonia e precisão e outros nos quais estamos mais desconectados. Acredito que, se suportarmos a frustração e a instabilidade desse encontro, a dupla terá possibilidade de dançar com mais delicadeza.

DESCRIÇÃO DA PROTAGONISTA

Laura, 25 anos, solteira, menos de dois anos mais nova que o irmão, chegou à

¹ Todos os nomes utilizados no trabalho são fictícios, a fim de preservar a identidade da paciente.

terapia por indicação da terapeuta de uma amiga, dizendo que naquele momento não havia nenhuma queixa específica, mas que gostaria de se conhecer melhor.

O trabalho se iniciou há cerca de um ano e meio com sessões semanais, tendo havido quatro sessões presenciais e as demais *online*, via Whatsapp.

Na entrevista, contou que se sentia incomodada com a forma com que vinha se relacionando com os homens, segundo ela, “de uma forma líquida”, referindo-se à ausência de vínculos, sendo a maioria dos contatos via aplicativo de relacionamento. Questionou se o fazia por ser “desprendida” ou por medo de se relacionar. De acordo com ela, sua última relação duradoura (dois anos) foi há cerca de cinco anos, a qual descreveu como “traumática e abusiva”.

A paciente relatou que sua relação com seu pai era boa quando criança, porém com cerca de treze anos, o que ela descreveu como “quando me tornei mulher”, disse ter sentido que ele se afastou dela e que, desde então, não têm assunto e não ficam confortáveis na presença um do outro. Laura, ao longo das sessões, falou pouco sobre a sua mãe, referindo-se a ela como uma pessoa submissa.

Disse, ainda, que seu irmão era frágil quando pequeno e que os seus pais “tinham que dar muita atenção a ele”, sendo, segundo ela, “o filho preferido”.

PRIMEIRO ATO: “No princípio, não é o verbo; no princípio, é a dor”. (FRAYZE-PEREIRA, 2020, n.p.).

Ao dançar, sinto minha alma se preencher. É como se, naquele momento, nada mais existisse. Como se pudesse externalizar, com movimentos e expressões, tudo aquilo que não consigo verbalizar, assim como descreveu Nietzsche (1883-1885, n.p.), “Quando o corpo dança, os olhos da razão se fecham”.

Em uma dança em par, no *ballet* clássico podendo ser denominada *pas de deux*² quando bem-sucedida, estabelece-se uma conexão que vai além do que as palavras podem explicar.

É um momento único, no qual ambos ouvem a mesma música, mas se movem conforme são tocados por ela e, com certa sensibilidade, permitem que os estilos se mesquem e que o movimento flua.

² Traduzindo do francês, significa “passo a dois”.

A fim de ter êxito, é necessário que os dois estejam entregues à dança que, apesar de ser pautada em técnica, no momento em que é dançada predomina a emoção. Ambos devem estar em sintonia, fornecendo a energia necessária para que o passo seja executado com precisão, ou ao menos de modo que possibilite os próximos passos.

Para que uma série de piruetas no *pas de deux* aconteça, por exemplo, a pessoa que faz a base, em geral o bailarino, precisa manter os braços firmes para suportar o impulso que sua parceira, a bailarina, necessita fazer para conseguir girar. Enquanto ela gira, ele auxilia na manutenção de seu eixo e, depois, quando o impulso está acabando e os giros perdendo força, ele, com firmeza, mas sem movimentos bruscos, a ajuda a parar com equilíbrio. E assim a dança continua.

Quando a conexão ocorre, seja em um *pas de deux* no *ballet* clássico ou em qualquer dança a dois, há uma expressão de sentimentos que dão voz ao coração e que tocam o par com delicadeza, revelando, naquele instante, o mais profundo do seu eu. Neste momento, surge um terceiro ritmo, criado pelos dois seres ao permitirem-se tocar e serem tocados pela música e pela troca de emoções.

Assim é para mim a análise. Não há um terapeuta detentor da sabedoria e um paciente que recorre a ele para encontrar respostas. Há dois seres com suas subjetividades que se propõem a se conhecer – tanto a si mesmo quanto ao outro, mas com o foco de luz voltado ao segundo, que é o protagonista - a ter paciência e a trocar experiências, com o objetivo de buscar conviver com mais harmonia consigo.

A situação analítica é o encontro entre duas pessoas, considerando o impacto emocional decorrente de comunicações que ocorrem independentemente de suas vontades, em nível verbal e não verbal (BARROS, 1991, p.125).

Sendo assim, apesar de também ser baseada em teoria e técnica, que devem ser incorporadas no terapeuta, a análise é uma experiência vivida entre dois seres humanos.

Como escreveu Ogden (2013, p. 30) "(...) creio que a tarefa analítica envolva mais fundamentalmente o esforço do par analítico para ajudar o analisando a se tornar humano em um sentido mais amplo do que o que ele conseguiu até o momento".

O terapeuta deve buscar, dentro do possível, já que não é possível neutralizar a comunicação inconsciente e sua subjetividade, manter-se neutro no que diz respeito à sua pessoa para que o paciente projete nele diversas personagens, sem perder de vista, no entanto, que um não pode ser entendido sem o outro (OGDEN, 2013, p. 26).

Ainda, é preciso ser continente para suportar a agressividade do paciente, quando vier à tona, assim como o bailarino, que fornece os braços firmes para que a bailarina empurre a sua mão para tomar impulso. A dupla deve suportar o não saber, assim como ocorre quando um par dança sem que os passos tenham sido coreografados. O próximo passo é desconhecido. Qual será ele? Não sabemos, só deixamos fluir, caso contrário, a dança não continua. Parece uma tarefa simples, mas não é.

É preciso que ambos estejam entregues e, para isso, devem confiar que a dupla o segurará após o salto, assim como na dança. Quando um tenta forçar o passo e não apenas sente e aguarda o estímulo, ocorre um descompasso (e talvez alguns pisões nos pés). O mesmo se dá quando o terapeuta não está “sem memória e sem desejo” e com a atenção flutuante para conseguir captar o que está se passando no “aqui e no agora” (BION, 1967, p.30).

Tal estado de entrega, que Bion (1962, p. 60) denominou *rêverie* “(...) envolve uma cessão (parcial) da individualidade a um terceiro sujeito, um sujeito que não é analista nem analisando, mas uma terceira subjetividade gerada pelo par analítico” (OGDEN, 2013, p. 26), da mesma forma que ocorre quando os olhos se fecham e dão lugar ao coração, permitindo-se sentir a música com nossos conteúdos internos, gerando, pela conexão, uma dança criada a dois e exclusiva daquele par naquele momento.

Nessa experiência, é como se as duas pessoas criassem terceiros elementos que representam, na vivência, partes ou aspectos de cada uma delas. O terapeuta pode assumir o papel, por exemplo, em certo momento, do superego do analisando, em outro, de partes não integradas do seu ego. O mesmo pode ocorrer com o analisando, porém em escala menor (BARANGER, 2010, p. 189).

Essas projeções, por parte do paciente, de partes suas (KLEIN, 1952, p. 77) ou de figuras do seu passado (FREUD, 1901-1905, p. 111), possibilitando à dupla reviver experiências psíquicas, são chamadas transferências. Fenômeno que permite a abertura de um novo campo, por meio do qual a forma de se relacionar do analisando e do terapeuta em determinadas situações são revividas, para que possam ser elaboradas.

Fazendo um paralelo com o palco, seria como uma encenação de uma peça, na qual ao mesmo tempo o terapeuta, aos olhos do analisando, desempenha um papel que a ele foi atribuído e busca observar a cena, procurando ser espectador, a fim de encontrar elementos que auxiliem na compreensão do funcionamento psíquico do analisando.

Nas apresentações de *ballet* clássico, bem como nas demais danças, não é convencional que se usem falas para explicar a história e, ainda assim, ela é transmitida aos espectadores atentos por meio da alteração no ritmo e intensidade da música, expressões dos bailarinos, gestos, cenários e afins.

Esse tipo de comunicação não verbal também se apresenta em uma sessão de Psicanálise, com as cortinas fechadas, por meio de gestos e expressões, intuição, imagens, músicas, frases e o que mais puder surgir às mentes imaginativas do terapeuta e do analisando, que, juntos, reconstituem e criam diversas cenas, cujas personagens poderão ser projetadas no terapeuta.

Como escrito por Ogden (2010, p. 17),

A psicanálise é uma experiência emocional vivida. Como tal, ela não pode ser traduzida, transcrita, registrada, explicada, compreendida ou contada em palavras. Ela é o que é. Não obstante, acredito ser possível dizer algo sobre essa experiência vivida que é útil para pensarmos sobre aspectos do que acontece entre os analistas e seus pacientes quando estão envolvidos no trabalho psicanalítico.

Na tentativa de exemplificar como essa dança ocorre na clínica, buscarei reproduzir – ou ao menos o que ficou para mim – trechos de sessões com a Laura.

Durante os primeiros encontros me senti bloqueada em diversos momentos. Sentia que, apesar serem preenchidos com falas, não conseguia me conectar com ela, como se houvesse um vazio entre nós, o que fazia com que a relação permanecesse em um nível superficial. A dança não fluía. Continuávamos pisando nos pés uma da outra. Era como se o discurso dela não fosse conectado à sua presença, que era, de certa forma, ausente. Uma bailarina em um solo livre encenando uma cena à qual não pertencia.

Apresentou-se pontualmente em todas as sessões, mostrando disponibilidade, ao menos racional, para contribuir com o trabalho, no entanto, algo não permitia que eu pensasse livremente e me sentisse confortável.

Em certo momento, ela disse: “Lembra que eu já falei uma vez que tem alguns momentos que eu não sinto nada e fico bloqueada? Então, essa semana foi assim”. E assim ocorreu durante as primeiras sessões. Ela dizia que não sentia nada e eu me sentia da mesma maneira, o que me deixava desconfortável, assim como parecia que ela se sentia: ficava deitada imóvel de barriga para cima, com as mãos apoiadas sobre o abdome, quase sem nenhum movimento e escolhendo cuidadosamente as palavras.

Olhando pela plateia, agora compreendo que expressava, em sua dança aparentemente solitária, que havia muito a ser revelado, apenas ainda não havia

desenvolvido a confiança necessária para saltar, então caminhava cautelosamente, como se precisasse checar se o solo era firme para suportar seus movimentos. E eu, sem, todavia, compreender, era convidada a encenar com ela uma dança silenciosa, na qual era tomada pelas suas – e pelas nossas como dupla analítica - emoções.

Sentia-me uma leiga em um espetáculo de *ballet* de repertório (que conta uma história), no qual não entendia, ainda, o que estava acontecendo, apenas sentia e aguardava as próximas cenas.

Ainda na entrevista, Laura disse que não conseguia chorar. Não sabia o motivo, mas, segundo ela, não chorava há tempos. No entanto, nas sessões, mostrava-se sensível, derrubando lágrimas silenciosas sempre que tocávamos em algum ponto delicado. E, assim, fomos nos conhecendo e, vagorosamente, estabelecendo uma relação de confiança. Afinal, ali ela podia chorar.

De acordo com Winnicott (1975, p. 161), para o trabalho terapêutico se aprofundar e desfazer as resistências, o trabalho psicanalítico deve promover um espaço seguro, livre de condenações, acolhedor e onde não haverá tantas inconstâncias, ou seja, que propicie o desenvolvimento de uma relação de confiança e é apenas por meio desta repetida experiência de confiabilidade ambiental que o indivíduo, relacionando-se com o terapeuta, se este o fizer “suficientemente bem, (...) descobrirá seu próprio si-mesmo e será capaz de existir e sentir-se real”.

Após um mês, em uma das primeiras sessões *online*, que ocorreu no final da tarde, no meio do atendimento, o quarto de Laura ficou escuro, impedindo que eu a enxergasse.

Percebi que havia algo errado. A nossa comunicação não estava fluida e me sentia bloqueada e observada, porém aguardei, enquanto ouvia o relato de Laura, que parecia tensa desde o início do atendimento, relatando uma discussão com o pai:

“Essa semana eu discuti com o meu pai. - falava pausadamente - Ele votou no presidente atual e não aceita que eu fale nada que discorde da sua opinião. Não questionei o fato de ele ter votado, acho que cada pessoa tem direito de escolher em quem votar, né? Mas falei o que eu penso e logo ele brigou comigo, dizendo que eu era muito nova e estava falando besteira, porque não entendia nada”.

Então eu disse: “Parece que você está com medo de perder o amor desse pai, ao discordar dele” e Laura respondeu “É muito difícil, para mim, discordar dele”.

Complementei: “Também parece que você está preocupada com a minha opinião, como se eu fosse julgá-la, assim como sente que seu pai faz, mas essa não é a minha função e aqui você pode falar o que quiser”. Laura ficou em silêncio por alguns instantes e depois disse “Sim, fiquei com medo de falar algo e te magoar, porque não sei qual a sua opinião política. Às vezes fico pensando no que você está pensando sobre mim”.

No trecho de sessão acima, na qual ficamos, inclusive no sentido literal, no escuro, assumi, no enredo elaborado por ela para aquela dança, o papel de pai punitivo, ou ainda, de superego implacável. Parecia que não tínhamos desenvolvido, até então, a confiança necessária na relação e, portanto, não se sentia segura para se mostrar, precisando, assim, escolher cuidadosamente o que dizer e como, de forma a evitar um possível julgamento ou desaprovação.

Retornando à sessão descrita, passamos o restante do tempo conversando no escuro, enquanto continuava se corrigindo. Então, com a sensação de estar sendo observada intensificada, uma imagem me veio à cabeça e resolvi arriscar dizer a ela: “Às vezes, fico com a sensação de que você está em um *Big Brother*, no qual é a única participante e única observadora e juíza”. Como se tivesse sido pega de surpresa, refletiu por alguns instantes e depois disse o quanto se sentia cobrada por si mesma.

Laura revela-se muito rígida consigo, policiando-se e corrigindo, constantemente, cada frase dita e mostrando uma busca pela aprovação de todos com quem convive, inclusive a minha, temendo a rejeição.

Segundo Trinca (1961, p. 161-164), a intuição é um tipo de comunicação não verbal que surge espontaneamente na mente do terapeuta na forma de imagens que, quando analisadas, revelam conteúdos inconscientes que o paciente pretende comunicar, mas não pode fazê-lo verbalmente, a respeito de seus estados mentais mais profundos.

Essa sessão foi um divisor de águas na nossa relação. Após isso, passei a me sentir mais à vontade, podendo ficar com a atenção flutuante, sem me sentir observada.

Mais adiante, revelou sentir-se, de forma recorrente, apática, tornando a ter a sensação após receber uma carta de intimação, o que a deixou apreensiva e sentindo-se solitária. Contou que teria que ir à delegacia depor por conta de um roubo que ocorreu em uma festa à qual havia ido dois anos antes e disse: “Eu sei que não fiz nada errado, mas é uma situação nova para mim, da qual tenho preconceito e que achava que nunca aconteceria comigo e aí chegou essa carta e já tenho que ir na segunda-feira”.

Fui tomada por uma sensação de culpa e, mais para frente na sessão, contei a ela: “Quando você me contou que havia recebido a carta, me pareceu que estava com medo de ser pega, mesmo não tendo feito nada.”.

Laura assentiu e acrescentou, em meio às lágrimas: “Nossa! Lembrei agora que já tinha sentido isso antes. Foi no meu último relacionamento e isso me deu um nó no estômago. Ele era muito ciumento, ficava me perguntando onde tinha ido, com quem, o que tinha feito e, mesmo eu sabendo que não tinha feito nada de errado, ficava me sentindo culpada.”.

Na terapia, assuntos que outrora estavam adormecidos também vêm à tona, trazendo sentimentos difíceis de serem digeridos. Será que se sentia assim ali na sessão, enquanto entrávamos em seus conteúdos mais profundos? Ainda assim, sentia que, de alguma forma, começávamos a nos conectar e a dança passou a fluir lentamente.

Laura passou a entrar em assuntos mais incômodos, revelando sentir inveja da atenção que seu irmão, bem como suas amigas, segundo ela, recebiam, o que a fazia sentir que estava sempre em segundo plano; a permitir-se reclamar, inclusive, comigo, ainda que de forma atenuada na tentativa de reparar o que havia sido dito, quando não pude alterar a sessão para o horário que gostaria.

Para Zimerman (1999, p. 337), conforme a aliança terapêutica se fortalece, torna-se possível à dupla lidar com a transferência negativa, que aparece com o intuito, de parte da mente do paciente, de colaborar com o aprofundamento da análise, propondo-se a enfrentar dificuldades e dores. Assim, é importante que o terapeuta sobreviva aos ataques e os encare como a possível formação de núcleos de confiança que o paciente esteja desenvolvendo em relação a si mesmo, ao terapeuta e ao vínculo.

SEGUNDO ATO: “*Conhece-te a ti mesmo?*”³

Segundo Frayze-Pereira (2020, n.p.), uma dor profunda tanto é capaz de inibir o pensamento e a recordação, como pode ser sublimada como expressão artística. Neste sentido, é comum que se utilize da arte para diminuir a dor que se sente, como já dizia Carmen Miranda⁴, “quem canta, seus males espanta”.

Parafraseando Freud (1916-1917, p. 342), a arte é o caminho que leva da fantasia de volta à realidade. Penso que, para Laura, era uma tentativa de reconectar-se consigo e

³ Inscrição encontrada na entrada do oráculo de Delfos, dedicado a Apolo.

⁴ Título e trecho de música da cantora, dançarina e atriz Carmen Miranda.

reencontrar os compassos que disse ter perdido ao longo dos anos.

Apresentou, durante as sessões, textos de sua autoria, sempre muito bem escritos e sensíveis (distantes e próximos ao mesmo tempo, tal qual ela se apresentava), que foram lidos durante as sessões, e desenhos descritos (e outros mostrados) por ela.

“Posso ler para você dois textos que escrevi?” – Perguntou Laura em certa sessão.

O primeiro falava sobre “estar tudo vazio, a não ser por um barulho incessante de bate-estacas, que ecoa na mente como um sentimento” e questionava se “haveria uma forma racional de sentir, ponderada e limitada, que exclui a possibilidade de sentir mais e de outras formas, dentro do quadrado” e qual seria a graça.

Enquanto ouvia, me deixei levar pelos meus pensamentos, enquanto visualizava uma calçada em reforma e tumulto. Ao final, apenas ecoou em minha mente: “sentimentos quadrados, que não podem ser sentidos”. Era assim que Laura se apresentava: a racionalização dominava seu discurso. Parecia bloquear os sentimentos para que permanecessem domados.

O segundo, por sua vez, transportou meus pensamentos às profundezas do oceano. Dizia, entre outros trechos, que do fundo dos pensamentos era difícil falar, “pouca coisa se materializa, como se estivesse tão no fundo que tudo que dá para fazer é sentir cada gota tocando o corpo e se transformando na sutileza e delicadeza que nunca tocou antes. Tem dias que é carga pesada, mas fluida”.

Ao ouvir as palavras, que soaram como uma dança sofrida e sufocada e se mesclaram com os meus conteúdos, disse que me comunicava que “das profundezas não era possível falar, apenas sentir, e que, aos poucos, as gotas iam saindo, assim como ocorre nas sessões”. Laura estava se revelando gota a gota.

Sentia que, cautelosamente, ela me convidava para participar, ao seu lado, de uma dança contida e íntima, na busca por tocar-me sentimentalmente com o que não conseguia traduzir em palavras e de colaborar com o trabalho que, fazendo um paralelo com o que disse, muitas vezes parecia ser incômodo, como o som do bate-estacas, por tocar em pontos dolorosos, porém esforçava-se para se soltar e liberar as lágrimas aprisionadas.

Como disse Ogden (2014, p. 23), “A escrita não pode nos ler, mas pode nos apresentar uma perspectiva a nosso respeito a partir da qual jamais tínhamos nos observado, e talvez nunca mais possamos deixar de incluir em nossa auto-observação.”

Para mim, o mesmo ocorre em todas as artes, em especial na dança e na música, que me invadem sutilmente e revelam mais de mim do que poderia ser dito em palavras.

Abria-se um canal de comunicação entre nós, uma forma nossa de buscar entender o que não era possível ser verbalizado. A conexão se estabelecia conforme a aliança terapêutica se formava e a dança começou a fluir.

Em certa sessão, enviou-me um desenho, seguido por um texto, no qual descrevia como o havia feito e no que havia pensado enquanto o fazia. Abri primeiro a imagem e o que vi foi: uma janela bem definida, com contornos claros e realistas, que levava para um espaço profundo, dominado por cores vivas. O fundo estava preenchido com um tom de azul vívido, o que me remeteu à água, com formas abstratas e coloridas, formando espécies de ilhas. O que me veio à cabeça logo foi: “a janela que dá para o inconsciente”.

O texto, por sua vez, dizia que ela havia feito a moldura de um quadro, desenhando as bordas cuidadosa e pacientemente “como se fosse a premissa para iniciar o desenho e depois pouco importava o que viria dentro, e depois fazendo formas aleatórias, sem se importar com a perfeição da pintura” e que havia decidido compartilhá-lo, pois, diferentemente dos demais que havia feito no início da quarentena, “esse não tinha um sentido imagético óbvio”.

Penso que Laura estivesse comunicando que seu interior, colorido e complexo, era contido por formas planas e de cores sóbrias, que precisavam ser perfeitamente executadas de forma a conter qualquer impulso, ou até humanidade.

Associei com o texto que falava das profundezas e de revelar-se gota a gota e disse a ela que havia visto o desenho como uma janela que nos conduziria aos seus conteúdos mais íntimos. Laura desatou a chorar e disse: “Eu vi como uma coisa plana e não estava entendendo, mas agora que você me falou de algo profundo fez sentido”.

Segundo o neurologista Oliver Sacks (2001, n.p.), no documentário “Janela da Alma”: “O ato de ver, de olhar, não é só olhar lá fora. Não é só olhar para o visível, mas também para o invisível”. Da mesma maneira acredito ser a sessão de análise, pois é preciso compreender aquilo que não está sendo verbalizado, seja porque o paciente não quer revelar a verdade ou porque não pode fazê-lo.

Sessões adiante passei a sentir que algo não se encaixava, como se, em sua fala, mostrasse uma “fachada”, ocultando os sentimentos que a incomodavam, então, no momento que julguei apropriado, propus a hipótese a ela. Neste momento, se assustou e revelou a confusão em relação ao que estava sentindo, dando-se conta de que fazia o que pensava que os outros esperavam dela e não o que queria fazer.

Penso que Laura, sem perceber, escondia de si mesma e dos outros a dor que não podia demonstrar, por medo de revelar a sua fragilidade e das possíveis consequências.

De acordo com Ogden (2010, p.18), o paciente busca análise quando está sofrendo emocionalmente. Nesse estado, torna-se incapaz de sonhar e, portanto, de elaborar a dor. Desta forma, seria objetivo do trabalho ajudá-lo a ser capaz de sonhar “seus sonhos não sonhados e sonhos interrompidos” por meio de sonhos da dupla, que envolvem tanto os sonhos e devaneios de cada um quanto os “(...) sonhos de um terceiro sujeito, que é tanto o analista e o paciente quanto nenhum deles”.

Mais adiante, Laura começou a se dar conta de seu modo de funcionamento, tendo muitos *insights* e passou a falar mais sobre seus sentimentos, podendo, inclusive, revelar raiva, o que outrora parecia proibido, queixando-se de se sentir constantemente cobrada.

Estaria eu dançando em um ritmo muito acelerado? Ao menos em sua percepção, talvez sim. Quando começamos a tocar em seus calos, ela passou a sentir-se pressionada.

Senti que deveria dizer, em certo momento: “Aqui não temos um prazo curto, então você pode ficar tranquila” e a senti relaxar, quando disse: “Que bom! Obrigada”, enquanto me olhava com uma expressão aliviada e agradecida pela câmera.

ENCERRAMENTO: *Grand pas de deux*. “Torna-te o que tu és”⁵

Um *grand pas de deux* (grande passo a dois), é uma forma de apresentação do *ballet* clássico que, em geral, encerra o espetáculo, composta pelas seguintes etapas: entrada dos bailarinos, adágio (o casal dança junto), variação masculina (solo do bailarino), variação feminina (solo da bailarina) e coda (o casal torna a dançar junto).

A sessão de análise também se inicia com a entrada do analisando ao consultório - ou, atualmente, com o início da chamada pela internet. Durante os encontros há momentos em que dupla dança em sintonia e outros nos quais apenas assistimos em silêncio o solo do paciente, aguardando e sonhando, e buscamos compreender o que está nos comunicando.

Sendo a Psicanálise uma arte feita a dois, não é possível pensar separadamente os dois seres sem considerar o efeito que um gera no outro, uma vez que na relação psicanalítica há uma dança única, criada a partir da intersubjetividade da dupla.

⁵ Frase atribuída ao poeta grego Píndaro, retomada por Nietzsche (ALMEIDA, 2014, p.87).

Conforme a confiabilidade vai se instaurando, os passos vão sendo executados com mais suavidade, embora haja também momentos de desequilíbrio (e quiçá sempre haverá), a conexão estabelece-se com mais delicadeza e a imersão nos leva para áreas menos exploradas do seu ser.

Por trás dos movimentos leves e delicados dos bailarinos esconde-se muito suor, trabalho árduo, dor, cansaço, sofrimento e também satisfação, orgulho e bem-estar. É assim que os nossos ensaios continuam: na tentativa de ajudá-la a dançar vestindo apenas o que lhe pertence.

Laura revela-se cada vez mais nas coxias, de cortinas fechadas, onde é possível tirar o figurino e ser quem é. Sentimentos outrora escondidos afloram e passa a encará-los de outra forma, tentando acolher seus pés descalços, com calos e feridas, sem mais precisar escondê-los dentro de lindas sapatilhas com fitas de cetim.

Parafraseando Nietzsche (1878, p. 115), a Psicanálise é como uma dança ousada, é preciso força e flexibilidade para adentrar as profundezas do ser, sem saber ao certo o que nos espera lá.

Por fim, creio que a tentativa de descrever uma dança, bem como um relato de sessão, é uma tarefa praticamente impossível, uma vez que é uma experiência emocional vivida a cada momento. Tudo o que é relatado depois é apenas memória, já não podendo voltar a ser reproduzido fielmente.

Assim, seguimos dançando a nossa dança, sem saber ao certo para onde ela nos conduzirá, imersas no nosso compasso e flutuando pela magia de cada encontro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALMEIDA, R.; FERREIRA-SANTOS, M. *Humanitas: a educação entre as estruturas de poder e a potência existencial*. In: ALMEIDA, R.; FERREIRA-SANTOS, M. Antropológicas da educação. 2 ed. São Paulo: Képos, 2014.

BARANGER, Madeleine; BARANGER, Willy. *A situação analítica como um campo dinâmico*. In: Escuta. Livro Anual de Psicanálise. Montevideu: Escuta, 2010. p. 187-214.

BARROS, Elias Mallet da Rocha. O conceito de transferência: uma síntese do ponto de vista kleiniano. In: BARROS, Elias Mallet de Rocha; MEZAN, Renato; OLIVÉ, Carlos; PAZ, Rafael; (ORG), Abrão Slavutzky. *Transferências*. [s.i.]: Escuta, 1991. p. 125-149.

BION, Wilfred R. (1967). **Notas sobre memória e desejo**. In E. B. Spillius (Ed.), Melanie Klein Hoje - Desenvolvimentos da teoria e da técnica. (B. H. Mandelbaum, trad., Vol. 2, pp. 30-34). Rio de Janeiro: Imago, 1990.

BION, Wilfred R (1962). **O Aprender com a Experiência**. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

FRAYZE-PEREIRA, João A. **No princípio é a dor: arte, experiência estética e psicanálise**. SBPSP, 03 setembro 2020, <https://www.sbpsp.org.br/blog/no-principio-e-a-dor-arte-experiencia-estetica-e-psicanalise-1/>. Acesso em: 28 set. 2020.

FREUD, Sigmund. **Fragmento da Análise de um Caso de Histeria**. In: FREUD, Sigmund. Obras Completas: Um Caso de Histeria, Três Ensaios sobre a Sexualidade e outros trabalhos (1901-1905). Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. **Obras Completas: Conferências introdutórias à psicanálise (1916-1917)**. Rio de Janeiro, Companhia das Letras, 2014.

JANELA da Alma. Direção de João Jardim e Walter Carvalho. Rio de Janeiro: Tambellini Filmes e Produções Audiovisuais, 2001. <https://www.youtube.com/watch?v=4F87sHz6y4s>
Acesso em: 01 mar. 2020.

KLEIN, Melanie. **As origens da transferência (1952)**. In: KLEIN, Melanie; BARROS, Elias Mallet de Rocha; CHAVES, Liana Pinto. Melanie Klein: inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963. 4. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 70-79.

NIETZSCHE, Friedrich. **Assim Falava Zaratustra (1883-1885)**. In: ebooksbrasil, 2002. Disponível em: <http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/zara.html>. Acesso em: 05 out. 2020.

NIETZSCHE, Friedrich. **Humano, Demasiado Humano (1878)**. In: aletp, 2000. Disponível em: <https://aletp.com.br/wp-content/uploads/2017/12/nietzsche-humano-demasiado-humano-I.pdf>. Acesso em: 05 out. 2020.

OGDEN, Thomas H.. **Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos**. In: OGDEN, Thomas H.. Esta arte da psicanálise. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 17-38.

OGDEN, Thomas H. **Leituras Criativas: Ensaios sobre obras analíticas seminais**. São Paulo, Escuta, 2014.

OGDEN, Thomas H.. **Reverie e Interpretação: captando algo humano**. São Paulo: Escuta, 2013.

TRINCA, W (1961). *The significance of the visual images during the analytic session*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1983.

WINNICOTT, Donald Woods. **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos Psicanalíticos**: Teoria, técnica e clínica - uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 1999.

Priscila Corrêa
Av. das Américas, 19005,
Recreio dos Bandeirantes,
Rio de Janeiro/ RJ
Cel. (11) 98144-1452
E-mail: pri_infante@hotmail.com

RESISTÊNCIA: ANÁLISE DE UM RECORTE DE UMA HISTÓRIA CLÍNICA

Autora: Gladys Ferreira Kogl

RESUMO

Este trabalho discute aspectos da relação terapeuta-paciente e aborda como a resistência se manifesta no contexto clínico. O objetivo é demonstrar de que modo, a partir de um recorte de uma história clínica, a transferência negativa emerge indiretamente, obstruindo a comunicação, se tornando uma resistência e de que forma a terapeuta lida com essa questão e com sua contratransferência. Para tanto utilizamos a psicanálise como arcabouço teórico, destacando-se a interação da dupla e pontos de resistência emergidos nos encontros.

PALAVRAS-CHAVE: Transferência, resistência, psicoterapia psicanalítica

“Mas se eu gritasse uma só vez que fosse, talvez nunca mais pudesse parar. Se eu gritasse ninguém poderia fazer mais nada por mim; enquanto, se eu nunca revelar a minha carência, ninguém se assustará comigo e me ajudarão sem saber; mas só enquanto eu não assustar ninguém por ter saído dos regulamentos. Mas se souberem, assustam-se, nós que guardamos o grito em segredo inviolável. Se eu der o grito de alarme de estar viva, em mudez e dureza me arrastarão pois arrastam os que saem para fora do mundo possível, o ser excepcional é arrastado, o ser gritante”. (Lispector. C. A Paixão Segundo G. H.: 1998. p. 63)

INTRODUÇÃO

No princípio da prática clínica é natural que o profissional sinta dificuldades em lidar com os conteúdos transferenciais e contratransferenciais que emergem no *setting*, inconscientemente, principalmente se estes aparecem de forma negativa, dificultando a comunicação da dupla terapeuta-paciente.

O manejo clínico, como recurso técnico, se faz essencial para lidar com a transferência negativa e ultrapassar a resistência do paciente ao tratamento psicanalítico, bem como os próprios conteúdos contratransferenciais. Deste modo, é fundamental que o terapeuta recorra à supervisão de um profissional mais experiente para auxiliá-lo nesse processo, e, também, à sua análise pessoal.

Segundo Simon (2010), nos quadros medianos, se faz necessária a interpretação da transferência negativa quando esta surge através de atuações. De acordo com o recorte clínico que será apresentado, esta apareceu através de pedidos de redução do número de sessões, silêncios prolongados e tensos, verbalização escassa e superficial. Caso o profissional não atente para isso e não faça a pontuação, a dupla poderá enfrentar um impasse, que pode levar ao término da relação.

Freud (1917/2014), em suas primeiras abordagens sobre o tema, diz que o “paciente produz resistências cuja superação está entre nossas tarefas técnicas mais difíceis”. A resistência aparece na psicoterapia psicanalítica, doravante PP, pela transferência e varia continuamente sua intensidade no curso do tratamento. Assim, o objetivo deste trabalho é discutir como a transferência negativa emerge indiretamente, obstruindo a comunicação, e se torna uma resistência, a partir de um recorte de uma história clínica.

APRESENTAÇÃO DA PACIENTE

A paciente, que chamaremos de Ana, é uma jovem mulher de 32 anos de uma cidade do Rio de Janeiro, morando, atualmente, em São Paulo desde 2016. Formada em jornalismo, trabalha com relações públicas. Ana relatou que fez terapia de 2011 a 2014. Traz a queixa de “ansiedade e procrastinação”. Diz que se mudou para São Paulo com alguns objetivos pessoais e profissionais, mas que não cumpriu todos. Se diz dedicada, mas que está desanimada, sem motivação e com medo de assumir uma possível promoção e maiores responsabilidades. Ana diz que tem a “síndrome do impostor” e que está um pouco “à deriva”. Ao mesmo tempo, se diz muito competente e que sempre recebe *feedbacks* positivos de seus chefes. Sua queixa secundária é que está acima do peso e não consegue fazer nada a esse respeito, não se implicando nem pensando sobre isso. Também trouxe a questão amorosa como algo que “nunca existiu”. Nunca teve um relacionamento sério, mas já fez sexo, porém nunca submergiu mais profundamente sobre esse assunto nas sessões. Conta que tem muitos amigos, porém é mais dedicada a eles do que eles são a ela.

MATERIAL CLÍNICO E DISCUSSÃO

É usual, no início da terapia, prepararmos o paciente para o processo analítico: “Pedimos que seja totalmente sincero com seu analista, que não guarde intencionalmente nada do que lhe vem à cabeça e, depois, que ignore toda reserva que o impediria de comunicar certos pensamentos ou recordações” (Freud 1926/2014, p. 131-132). Mesmo assim, a regra fundamental da psicanálise, a associação livre, pode ficar bastante comprometida ante uma transferência negativa e consequente resistência.

Freud (1938) menciona os dois tipos de transferência: a positiva, que sustenta a análise devido o paciente confiar no analista; e a negativa, que pode “anular completamente a situação analítica”, na qual o analisando pode deixar de confiar no seu psicanalista.

Freud (1926/2014) deixa claro a importância do manejo da transferência sem extingui-la ou ignorá-la, de forma a minimizar a resistência do paciente e alcançar o propósito analítico, comunicando ao paciente, visando dar-lhe acesso ao sentido latente. Freud (1917/2014), aponta como devemos trabalhar a transferência do paciente em prol da eficácia clínica:

Nós superamos a transferência mostrando ao doente que seus sentimentos não têm origem na situação presente nem se aplicam à pessoa do médico, mas repetem algo que já lhe ocorreu no passado. Desse modo, nós o obrigamos a transformar sua repetição em lembrança. A transferência, que, afetuosa ou hostil, parecia significar a mais forte ameaça ao tratamento, torna-se então seu melhor instrumento, aquele com o qual podem se abrir os mais cerrados compartimentos da vida psíquica (Freud, 1917/2014, p. 588).

Nas entrevistas iniciais, a paciente relatou sua vida de forma “racional”, trazendo pequenas anotações, “para não esquecer”, sobre o que gostaria de me contar. A partir do terceiro atendimento, começa a se distanciar e a testar a competência da terapeuta, trazendo conteúdos de sonhos e frisando que sua terapeuta anterior era junguiana e que era muito boa. Também falava que queria explorar o seu lado criativo, que voltou a escrever seu diário, que gosta de fotografia, que desenha e escreve e, que, gostaria de voltar a dançar. Paciente também demonstrava uma necessidade de impressionar a terapeuta, marcada por atuações na cena analítica, com falas chistosas sobre a vida.

No quinto atendimento, Ana diz, logo no início da sessão, que fará a próxima e que depois vai parar durante 15 dias, por questões financeiras. A terapeuta questiona se

realmente é, de fato, um problema financeiro ou se não seria uma forma de “adiar” a terapia por algum sentimento negativo em relação à terapeuta. A paciente nada falou, mas desistiu de pausar a terapia. Por mensagem, alegou que se organizou melhor financeiramente para continuar.

De acordo com Gerbara e Simon (2008) “se a interpretação transferencial permanecer ausente por muito tempo o que vai acontecer com o paciente é que ou ele irá encontrar mais combustível para suas defesas intelectuais ou irá experimentar mais uma frustração emocional, podendo sentir que isso não está lhe trazendo proveito nenhum, assim como acontece com sua vida lá fora”. Ter questionado, a fim de entender melhor o motivo da sua pausa na terapia, observando a situação transferencial, talvez tenha impedido que a paciente nunca mais voltasse. Vejamos o que nos diz Zimmermann (2008):

“Um outro critério de classificação válido é aquele que está baseado em manifestações clínicas, tais como: faltas, atrasos, intelectualizações, exagero de silêncio ou prolixidade, segredos, sonolência, ataque às funções do ego em si próprio ou no analista (confundindo-o e dificultando-lhe a capacidade de perceber, sentir, pensar e discriminar). A partir deste enfoque clínico, o importante é que, em um dos passos cruciais da análise, se possa transformar as resistências, de egossintônicas em egodistônicas, para que o paciente se alie ao terapeuta, no objetivo comum de analisá-las e superá-las.” (Zimmermann, 2008, p. 92)

Posteriormente, nos atendimentos subsequentes, houve outros episódios nos quais emergia a resistência de Ana. Ela começa falando do trabalho: “*Eu trabalho com otimismo e eu adoro, mas fiquei empacada... eu tenho uma pequena birra quando me mandam fazer as coisas*”. A terapeuta pergunta por que acha que não está conseguindo. “*Não sei. Não tô conseguindo*”.

Em supervisão, se pode entender que Ana também “procrastinava” comigo (sua queixa recorrente). A paciente não oferecia um lugar para a terapeuta, que se perguntava, depois do atendimento, se, de fato, estava ouvindo o “não dito”, se conseguia ouvir o que estava sendo contado nas entrelinhas e qual a ajuda que ela buscava.

O sentimento contratransferencial não pode ser extirpado, é importante poder vivenciá-los. De acordo com Zambelli (*et al*, 2003, p. 183), “por meio dos sentimentos contratransferenciais é possível ter melhor conhecimento sobre os processos psíquicos inconscientes e conscientes que permeiam a transferência, muitas vezes sem serem notados”.

Em outra sessão a paciente diz: *“Tentei captar informações para me inspirar a escrever. Mas eram textos mal escritos, na verdade. Tá estranho, geralmente não peço ajuda à minha gerente. Acho que vou acabar quebrando a cara. Meu assistente é muito ruim. Eu queria alguém comigo que me desse um amparo maior”*.

Diante dessa transferência ambivalente, na qual Ana fica dividida entre sentimentos positivos e negativos, a terapeuta pontua que talvez pudessem passar a considerar que ela também esteja insatisfeita com a terapia e que poderia falar sobre isso. Paciente responde, um pouco constrangida, que está se referindo ao trabalho. A terapeuta diz que ela também tem procrastinado na terapia. Ela fica em silêncio e responde: “é...”. A terapeuta continua e diz que talvez ela também queira que lhe dê “um amparo maior”.

Quando Ana fica em silêncio, talvez ela esteja pensando na terapeuta ou porque está às voltas com o indizível; ou ainda porque está se enganando, evitando algo desagradável.

Nas sessões seguintes, Ana parece seguir a instrução que lhe foi dada no início da terapia de dizer tudo que lhe passa na mente, renunciando a qualquer obstáculo crítico. Fala mais abertamente que queria saber como parar de procrastinar. A terapeuta pergunta se ela já pensou na procrastinação como uma forma de rebelião (gozo neurótico), trocando algo estressante por outra coisa que lhe dê um prazer e alívio em relação a pressão e insatisfação no trabalho. Ela concorda e fala, “sim, faz sentido é quando me canso, quando estou de saco cheio”, diz, ainda, que nesses momentos, vai comer, brincar com seus gatos ou jogar com os amigos na internet, por exemplo.

A paciente também fala de sua insatisfação com seu peso e decepções amorosas, camuflando sua insegurança e, talvez, demonstrando uma sensação de insuficiência, dizendo em sessões seguintes: *“não me apego fácil. Essa frase serve para muita coisa. Preciso me sentir confortável para me apegar. Se quero ficar com a pessoa não quero que ela se assuste com minha intensidade, então evito entrar de cabeça... por exemplo: eu gosto de você, mas vamos com calma. Eu não expresso em palavras, dou serviço...eu estou bem em ser observada e percebida, mas ser interpretada é o meu limite”*. Ana novamente mostra sua resistência, ficando nesta espécie de toca, só saindo de lá quando se sente segura e retornando para a toca diante de alguma desconfiança ou insegurança. A terapeuta

pontua que esse sentimento pode também está sendo dirigido a ela, mas que a intensidade de Ana não vai assustá-la ou afastá-la. De acordo com Zimmermann (2008):

Assim, de modo genérico, a resistência no analisando é conceituada como a resultante de forças, dentro dele, que se opõem ao analista ou aos processos e procedimentos da análise, isto é, que obstaculizam as funções de recordar, associar, elaborar, bem como ao desejo de mudar. Zimmermann (2008, p. 91)

A paciente repetia em terapia a sua “surdez”, quando a terapeuta interpretava aspectos de sua transferência negativa. Mas através desta, também foi possível perceber um profundo medo de se relacionar, de confiar e de não ser suficiente, tanto no trabalho quanto em sua vida pessoal.

Observando a situação transferencial, a terapeuta sentiu uma certa ansiedade, resultante da contratransferência, por não conseguir acessar o conflito da paciente. Dessa forma, a relação teve seus momentos de tensão. Era de suma importância buscar a confiança da paciente para que os afetos se mostrassem. Embora a resistência fosse, em algumas sessões, muito incisiva, a terapeuta não deixou de observar que há nisso tudo um desejo de se desnudar e de mostrar seus conflitos. A transferência negativa foi percebida e apontada em momentos variados. Isso fazia com que Ana se desarmasse e tivesse alguns *insights*.

A paciente permanece em terapia e alguns obstáculos estão sendo vencidos. É possível dizer que a relação da dupla está mais equilibrada, mais honesta. Mas é certo que ainda falta um longo caminho para essa dupla analítica.

CONCLUSÃO

A partir das interpretações e pontuações, a transferência negativa se amenizava e a resistência se enfraquecia, dando lugar a um apelo de ajuda, um “amparo maior”, que desse conta das ansiedades e medos da paciente. Contudo, impulsos desprazerosos eclodiram novamente e novos conflitos defensivos entraram em ação. Do mesmo modo, a paciente estava mostrando sua resistência através da repetição em terapia, com atitudes de desconfiança contra a terapeuta, espelhando a forma de se relacionar com as pessoas.

Por outro lado, a terapeuta, em alguns momentos, sentiu forte angústia, principalmente nas primeiras sessões, ao perceber que o vínculo da relação

terapeuta/paciente era frágil, lhe provocando frustração. Mas com a ajuda da supervisão, sustentou este anseio, em prol da tarefa, podendo seguir os movimentos emocionais da paciente, compreendendo, também, seus próprios sentimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Freud, S. A transferência. Obras Completas, Vol. XIII. 1ª Ed. São Paulo: Companhia das Letras. 1917-2014.

Freud, S. A questão da análise leiga. Obras Completas, Vol. XVII. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras. 1926-2014.

Freud, S. A técnica psicanalítica. Obras Completas, Vol. XIX. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras. 1938-2014.

Gebara, A. C., & Simon, R. (2008). Pesquisa sobre a eficácia terapêutica da interpretação teorizada na psicoterapia breve operacionalizada. *Psicologia Hospitalar*, 6(2), 40-60. Recuperado em 19 de março de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092008000200004&lng=pt&tlng=pt.

Lispector, C. A Paixão Segundo G. H.: Rio de Janeiro: Rocco, 1998. p. 63

Simon, R. Psicoterapia Psicanalítica. São Paulo, Casa do Psicólogo. 2010

Zambelli, C. K. *et al.* Sobre o Conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, VOL. 25, N.I, p. 179-195, 2003.

Zimmermann, David E. Manual de técnica psicanalítica uma re-visão. Artmed Editora S.A., 2004.

Gladys Ferreira Kogl
Fone: (11) 98746-0080
Email: gladysmoliva@yahoo.com.br

CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA E MAL-ESTAR NA INFÂNCIA: ONTEM, HOJE E AMANHÃ

Palestra: Wagner Ranña

A história da psicanálise está intimamente ligada à história da psicanálise com crianças.

A descoberta por Freud da implicação nos sintomas da histeria de processos inconscientes, revelando o infantil psicanalítico como constituinte desse inconsciente, estabelece que o infantil seria constituído por uma sexualidade infantil, colocando o complexo de Édipo como referência para elucidação do retorno do recalcado, presente nos sintomas histéricos. Nesses primórdios a infância é considerada como mítica, pois era abordada através das interpretações de adultos em análise.

A infância real vai ser objeto de estudos e pesquisas na Psicanálise, sendo que ao longo do século XX a psicanálise da criança vai ter uma exitosa trajetória, partindo do conceito de infantil psicanalítico vai constatar que o sujeito se constitui a partir de uma base somática até a aquisição da linguagem, sendo impossível essa constituição sem a presença de uma função materna e a função paterna. A criança não existe sozinha, é uma afirmação que sustenta a posição inequívoca de que é na infância, principalmente na primeira infância, que através do encontro com a matriz subjetiva do outro da função materna e da função paterna, que a organização pulsional, o estabelecimento de uma imagem corporal e a entrada na cultura ocorrem, sem os quais a constituição do sujeito não advém, ou advém com falhas.

Depois do complexo de Édipo, bem antes desse momento, a ideia de um Narcisismo primário, o Complexo de Narciso, vem apontar para a importância dos processos que ocorrem para a constituição de um aparelho psíquico que parte de um “emaranhado de neurônios” até chegar a se constituir em tópicos psíquicas do adulto.

Desde o caso do pequeno Hans, passando pelas divergências entre M. Klein e Anna Freud, integrando as descobertas e criatividade terapêutica de Winnicott, chegando ao conceito de

tempos do Édipo de Lacan, hoje estamos diante do paradigma da transdisciplinaridade, incorporando a Epigenética e a Neurociência nas pesquisas sobre os quadros mais graves da psicopatologia infantil. Por outro lado estamos frente a um caos conceitual, um vazio assistencial e pelo menos duas epidemias de transtornos na infância: a de TEA e a de TDAH. Seriam epidemias de diagnósticos ou de transtornos?

Soma-se a esse cenário o se constata entre os adolescentes, que hoje são o epicentro que expressões de mal-estares diante de uma incapacidade de sermos inclusivos, criativos e tolerantes com os jovens. Se para a infância vivemos a onda de medicalização, para os jovens vivemos a crueldade da criminalização.

Ao longo do século XX a psicanálise com crianças teve um grande avanço ao identificamos que gesto e criatividade lúdica equivalem à livre associação, o que vem colocar a criança como sujeito de seu desejo e sujeito de uma psicanálise, demandando o estabelecimento de uma transferência complexa, que inclui os pais e as instituições de cuidado, que constituem as bases de uma potente vertente psicoterapêutica.

Hoje o postulado de que é na infância que tudo começa tem apontado para a importância da detecção e intervenções o mais precoce possível no sofrimento psíquico e no mal-estar na infância, com sua dupla importância, de atuar minimizando ou resolvendo problemas na infância, ou criando as bases de uma saúde mental mais consistente no adulto.

Mas se hoje estamos bem mais capacitados e instrumentados para intervenções a tempo no sofrimento e no mal-estar da infância, vivemos uma explosão de casos de transtornos diagnosticados por referências nos manuais nosológicos, contribuindo para importantes processos de medicalização da infância.

Diante desse caos conceitual e de um vazio assistencial é urgente discutirmos e acharmos as soluções para acolhermos o sofrimento psíquico na infância e adolescência.

Outra realidade desafiadora se apresenta através da preocupante presença dos brinquedos eletrônicos e sua potência para criar processos empobrecidos e esvaziados de afetos, de alteridade, colaborando para processos de fechamento subjetivo e reações agressivas e violentas.

A infância e a juventude tem um ontem, mas precisa de um hoje, com uma urgência nesse olhar, mesmo diante de desafios emergentes com a atual pandemia, pois é dessa posição ética que podemos sonhar com um amanhã menos desfavorável do que podemos visualizar.

Wagner Ranña
Pediatra/Psiquiatra/Psicanalista
Saúde Mental Infanto-juvenil
E-mail: wranna@uol.com.br

Associação de Psicoterapia Psicanalítica

Rua Joel Jorge de Melo, 183 – Vila Mariana

São Paulo – SP / CEP: 04128-080



Cel.: 9-8895-2722



E-mail: secretariaapp@uol.com.br

Site: www.appsi.com.br