

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

MARIA REGINA COCCO

**O USO ANALÍTICO DO SONHO:
UM RECORTE DA CONTRIBUIÇÃO WINNICOTTIANA**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2017

MARIA REGINA COCCO

**O USO ANALÍTICO DO SONHO:
UM RECORTE DA CONTRIBUIÇÃO WINNICOTTIANA**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: **Prof. Dr. Alfredo Naffah Neto**

SÃO PAULO

2017

BANCA EXAMINADORA

DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais
André Cocco e Margarida Selli Cocco
que sonharam comigo antes mesmo de eu nascer.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que sonharam comigo na realização dessa dissertação de mestrado. Aos meus queridos familiares, agradeço nas pessoas de Cecília Aparecida Cocco e Rosa Maria Cocco. Aos meus queridos filhos e noras, agradeço nas pessoas de meus netos Fernanda, Malu e Rafael.

Aos professores da PUC-SP. Aos colegas de curso e aos funcionários. Ao Dr. Orestes Forlenza Neto pelas supervisões clínicas na condução da análise. Agradeço respeitosamente a Profa. Dra. Rosa Maria Tosta, a Prof. Dra. Roseana Garcia Moraes, a Profa. Dra. Edna Maria Severino Peters Kahhale e a Profa. Dra. Daniela Guizzu que se debruçaram no exame do trabalho.

Em especial, agradeço ao Prof. Dr. Alfredo Naffah Neto por sua orientação, dedicação e companheirismo.

O USO ANALÍTICO DO SONHO

UM RECORTE DA CONTRIBUIÇÃO WINNICOTTIANA

Maria Regina Cocco

RESUMO: A presente pesquisa buscou realizar o delineamento de um recorte da contribuição winnicottiana ao uso analítico do sonho junto às fases iniciais do desenvolvimento emocional anteriores ao inconsciente reprimido. Como objetivos específicos, estudou: a) o sonho enquanto uma experiência de integração, constituição e de comunicação do indivíduo consigo mesmo e com o outro; b) a provisão dessa experiência dentro do contexto do *setting* analítico e c) o uso analítico do sonho inscrito no processo do amadurecimento. Na metodologia, utilizou: 1) a pesquisa bibliográfica para: a) contextualizar a contribuição winnicottiana sobre o uso analítico do sonho na literatura psicanalítica; b) revisitar a fundamentação teórica winnicottiana; e c) selecionar textos winnicottianos cujos relatos clínicos ilustram o uso do sonho e permitem um reconhecimento de subsídios à clínica analítica; 2) a pesquisa-escuta e a investigativa nos fragmentos clínicos de um atendimento psicanalítico, com os quais refletiu sobre o uso analítico do sonho junto ao paciente *borderline*. O projeto apoiou-se na concepção teórica/clínica winnicottiana para fundamentar a proposta de que, nas fases iniciais do amadurecimento, o sonho e as experiências do brincar têm suas raízes na elaboração imaginativa das funções corporais e encontram-se fundamentalmente na integração e historiação do *si-mesmo* e, juntamente com as experiências culturais, abrem um espaço de entrelaçamento e enriquecimento do viver do ser humano.

Palavras-chave: 1. Sonho. 2. Clínica psicanalítica. 3. Elaboração imaginativa das funções corporais. 4. Amadurecimento (Teoria do). 5. Fenômenos transicionais. 6. Brincar. 7. *Borderline*.

THE ANALYTICAL USE OF THE DREAM

A CUTOUT OF WINNICOTTIAN CONTRIBUTION

Maria Regina Cocco

ABSTRACT: The present research aimed to design a clipping of the Winnicottian contribution to the analytical use of the dream, along the initial stages of emotional development prior to the repressed unconscious. As specific objectives, it was studied: a) the dream as an experience of integration, constitution and communication of the individual with himself and with the other; b) the provision of this experience within the context of the analytical setting; and c) the analytical use of the dream inscribed in the process of maturation. In the methodology, it was used: 1) the bibliographical research to: a) contextualize the Winnicottian contribution on the analytical use of the dream in the psychoanalytic literature; b) revisit the Winnicottian theoretical foundation; and c) to select Winnicottian texts whose clinical accounts illustrate the use of the dream and allow a recognition of subsidies to the analytical clinic; 2) research-listening and research-investigative in the clinical fragments of a psychoanalytic case, with which reflected on the analytical use of the dream with the borderline patient. The project was based on the Winnicottian theoretical / clinical conception to support the proposal that, in the initial phases of maturation process, the dream and the experiences of to play have their roots in the imaginative elaboration of body functioning and are fundamentally in the integration and in story of the self and, besides the cultural experiences, open a space of intertwining and enrichment of the human being's life.

Keywords: 1. Dream. 2. Psychoanalytic Clinic. 3. Imaginative elaboration of body functioning. 4. Personal Maturation (Theory of). 5. Transitional phenomena. 6. Play. 7. Borderline.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS	13
1.2 JUSTIFICATIVA E PROBLEMATIZAÇÃO	13
1.2.1 Primeira carta: objeção à identificação projetiva nas fases iniciais do amadurecimento	14
1.2.2 Segunda carta: espaço potencial e a conquista do sonho	18
1.3 METODOLOGIA E COLETA DE DADOS.....	23
2 O SONHO E A REALIZAÇÃO DO DESEJO.....	27
2.1 SIMBOLIZAÇÃO E OS PROCESSOS PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO NO SONHO	33
2.2 A REGRESSÃO NO SONO E AS FASES ONTOLOGICAS DA INFÂNCIA	36
2.3 ELEMENTOS FORMAIS DO SONHO E OS ESTADOS REGRESSIVOS NA SITUAÇÃO ANALÍTICA.....	41
2.4 O SONO, O SONHO E SUA RELAÇÃO COM A SITUAÇÃO ANALÍTICA.....	43
3 O SONHO QUANDO AS NECESSIDADES DO EGO SE SOBREPÔEM AO DESEJO	49
3.1 CRIATIVIDADE PRIMÁRIA – A EXPERIÊNCIA DE SER	50
3.2 ELABORAÇÃO IMAGINATIVA DAS FUNÇÕES CORPORAIS	55
3.3 FENÔMENOS TRANSICIONAIS, O BRINCAR E A CULTURA	64
4 O USO ANALÍTICO DO SONHO E O MANEJO DO BRINCAR: UM RECORTE DA CONTRIBUIÇÃO WINNICOTTIANA	71
4.1 SONHO REGRESSIVO E A REGRESSÃO À DEPENDÊNCIA.....	78
4.2 SONHO DEPRESSIVO E A PERDA DA TRANSICIONALIDADE	81
4.3 “SONHOS EXPERIENCIAIS”	87
4.3.1 A experiência do brincar e a busca do si-mesmo	89
4.3.2 Sonho relativo às experiências culturais.....	98
4.4 SONHO CURATIVO	106

5 OS SONHOS DE LAURA	111
5.1 O PROCESSO ANALÍTICO E O USO ANALÍTICO DO SONHO JUNTO AO PACIENTE <i>BORDERLINE</i>.....	115
5.1.1 Apresentando Laura.....	117
5.1.2 Primeira fase da análise: sustentação, acolhimento e confiabilidade	122
5.1.3 Segunda fase da análise: a confiabilidade e a constituição do mundo interno ...	130
5.1.3.1 <i>O si-mesmo verdadeiro e a constituição do mundo interno</i>	131
5.1.3.2 <i>A confiabilidade e a separação eu não eu</i>	136
5.1.3.3 <i>Elaborando a instintualidade</i>	141
5.1.3.4 <i>O ódio da analista</i>	148
5.1.3.5 <i>A separação que une</i>	151
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	154
REFERÊNCIAS	159

O USO ANALÍTICO DO SONHO

UM RECORTE DA CONTRIBUIÇÃO WINNICOTTIANA

*Um sonho que se sonha só é um sonho que se sonha só.
Um sonho que se sonha junto se torna realidade.*
Raul Seixas

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa se baseia e dá continuidade a um projeto de trabalho iniciado com a defesa do *Caso Laura* na Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana, que conduzimos sob orientação e supervisão de Dr. Orestes Forlenza Neto, acerca do uso analítico do sonho em indivíduos cujas dificuldades remontam às fases iniciais do amadurecimento.

Em nossa experiência clínica, ao longo de duas décadas, junto a pacientes cujas dificuldades remontam a fases do desenvolvimento anteriores à formação do inconsciente reprimido, deparamo-nos com um incômodo importante quando o modelo de sonho e a técnica de interpretação da psicanálise tradicional pareciam mostrar-se insuficientes na compreensão desses indivíduos.

Na literatura psicanalítica, esses pacientes são passíveis de serem também encontrados em função de outras dificuldades frente ao enquadre e ao tratamento analítico clássico como um todo, pois, grosso modo, embora possam entender intelectualmente os requisitos necessários ao processo psicanalítico, afetivamente não conseguem usá-los. Entre eles destacam-se, conforme Khan (1977), os fronteiriços (Greenacre, 1954a; Stone, 1954), personalidades esquizoides (Fairbairn, 1940; Khan, 1963), neuroses narcísicas (Reich, 1950), personalidades ‘como se’ (Deutsch, 1942), distúrbios de identidade (Erikson, 1959; Greenson, 1958), vítimas de ‘defeito específico de ego’ (Gitelson, 1958), falso *self* (Winnicott, 1956; Laing, 1960) e falha básica (Balint, 1960), entre outros.

De antemão, retomando o Caso Laura, a condução desse processo psicanalítico trouxe-nos uma oportunidade ímpar de acompanharmos o caminho percorrido pela paciente na

conquista de si mesma, da capacidade de sonhar e vir a brincar com seus sonhos. A partir do quarto ano de análise, quando Laura começou a sonhar e relatar seus sonhos sonhados, pairou-nos o referido incomôdo acima, pois as interpretações a respeito de conflitos instintuais edípicos e pré-edípicos ainda se mostravam inoportunas quando inseridas no espaço da transferência, das demandas e dinâmica psíquica da paciente. A leitura e interpretação do material onírico levavam-nos em direção a experiências demarcadas por fases mais iniciais do desenvolvimento.

Pouco a pouco, a direção a fases anteriores ficava mais clara e podíamos reassegurá-la pelos indícios de regressão à dependência expressados em vários de seus sonhos e que exigiram o manejo de pequenas regressões vivenciadas no contexto analítico. Essas pequenas regressões abriram caminho para acessarmos experiências mais primitivas de sua história de vida.

A partir dessa experiência clínica, adentramos o campo da proposta winniciottiana para uma reflexão teórico-clínica¹ da escuta, da comunicação e das demandas emocionais manifestadas nos sonhos relatados por esse tipo de paciente, e pudemos verificar, grosso modo, que nos sonhos desses indivíduos as necessidades do ego se sobrepõem à realização do desejo. Em Winnicott, nas raízes do sonho e da experiência do brincar, encontra-se a *elaboração imaginativa das funções corporais* operando na integração e constituição da personalidade. Mais ainda, vimos que a *elaboração imaginativa das funções corporais* imbricada com a *criatividade originária*, conceitos nucleares da teoria winniciottiana, abrem uma porta para se estudar a função dos sonhos e das experiências do brincar na constituição e integração do indivíduo em fases mais iniciais do desenvolvimento.

Vimos também que o uso analítico do sonho na análise de pacientes *borderline*, tal como Laura, exige uma compreensão mais apurada das conquistas, tarefas e dificuldades, bem como das fases em andamento do seu desenvolvimento emocional, para além da avaliação de sua força egoica, do tipo predominante de transferência, e de suas conquistas manifestadas no contexto analítico e ao longo da série de seus sonhos. Essas exigências clínicas motivaram-nos a delinear este recorte da contribuição winniciottiana ao uso analítico do sonho e do manejo das experiências do brincar, quando inscritos nas fases iniciais do processo do amadurecimento. Ao

¹ Nessa busca, realizamos um Trabalho de Conclusão de Curso de Formação em Psicanálise Winnicottiana (2014), sob orientação da Dra. Roseana Moraes Garcia, por meio de um delineamento da contribuição winniciottiana sobre o lugar e o uso analítico do sonho, pelo qual pudemos observar que, para estes pacientes com falhas originadas nas fases iniciais do amadurecimento, os sonhos abriam caminho para uma comunicação mais fluida consigo e com o outro e demarcavam experiências integrativas que delineavam o processo do desenvolvimento do paciente e o norteamento das fases do trabalho analítico.

mesmo tempo, os fragmentos clínicos descritos ao longo dos textos de Winnicott com os quais ele ilustra o uso analítico do sonho, possibilitaram-nos apurar alguns subsídios clínicos na compreensão e atendimento a esses pacientes.

1.1 OBJETIVOS

Esta pesquisa tem como objetivos:

Geral - realizar o delineamento de um recorte da contribuição winniciottiana do uso analítico do sonho à clínica psicanalítica. Esse recorte prender-se-á às fases iniciais do amadurecimento anteriores ao inconsciente reprimido.

Específicos - estudar: a) o sonho enquanto uma experiência de integração, constituição e comunicação do indivíduo consigo mesmo e com o outro, b) alguns aspectos atrelados ao provisionamento dessa experiência no contexto do *setting* analítico e c) refletir sobre a prática do uso analítico do sonho inscrito na retomada do amadurecimento.

1.2 JUSTIFICATIVA E PROBLEMATIZAÇÃO

A justificativa central desta pesquisa se desenhou pela proposta teórico/clínica winniciottiana no atendimento a pacientes cujas necessidades pertencem às tarefas primárias do amadurecimento: integração, personalização, relação de objetos e a constituição do *si-mesmo* primário, cuja realização se dá nas fases iniciais do desenvolvimento emocional. Na clínica desses pacientes, a preocupação primordial está na provisão e no favorecimento de experiências criativas de constituição e integração do indivíduo.

No percurso da Psicanálise, o avanço mais importante foi a ampliação da prática analítica, que resultou no estudo de pacientes psicóticos. Nesta ampliação, enquanto a neurose levou o analista à meninice do paciente, a esquizofrenia levou o analista a um estágio em que a dependência é quase absoluta (Winnicott, 1964c/1999)². Com efeito, essa ampliação trouxe

² Para melhor delinear o contexto da contribuição winniciottiana informaremos, junto aos títulos e citações literais de seus textos, o ano em que o trabalho foi escrito e/ou proferido seguido do ano da tradução brasileira. Nas Referências incluiremos o ano da publicação original e os textos serão apresentados seguindo a ordem cronológica da tradução brasileira, acompanhada das datas da publicação original. Para facilitar o leitor dos textos winniciottianos, a data em que ele foi escrito e/ou proferido seguirá a classificação de Huljmand, quando constar da mesma.

uma mudança na técnica analítica para o atendimento a pacientes cujas dificuldades remontam às fases mais iniciais do desenvolvimento.

Na literatura psicanalítica, temos o pressuposto freudiano de que os recursos psíquicos, necessários ao sonho relativo ao inconsciente reprimido, tais como os mecanismos de projeção e introjeção, condensação e deslocamento, a fantasia inconsciente, o simbolismo, bem como os conflitos instintuais³ já fazem parte do psiquismo do indivíduo desde seu nascimento. Diferentemente, Winnicott parte da ideia de que tais recursos psíquicos e os conflitos instintuais serão conquistados gradativamente ao longo das fases do desenvolvimento. Nessa concepção, a *Teoria do Amadurecimento* opera também uma mudança na própria reconstrução analítica, pois, grosso modo, enquanto nas neuroses ela advém da interpretação do sonho e da análise das defesas manifestadas na neurose de transferência, na área da dissociação e da cisão, as experiências mais primitivas da história de vida do paciente são alcançadas pelas regressões vivenciadas no *setting* analítico.

Para justificar e circunscrever nosso problema, lançamos mão de algumas questões levantadas por Winnicott em duas de suas cartas endereçadas a Bion, as quais discutiremos a seguir.

1.2.1 Primeira carta: objeção à identificação projetiva nas fases iniciais do amadurecimento

Nessa carta, escrita em 1955, tratando da palestra bioniana *Diferenciação entre personalidades psicóticas e não psicóticas*, Winnicott discorda do valor do termo de identificação projetiva aplicado às fases iniciais do amadurecimento, pois a palavra identificação sugere um ser humano inteiro, com uso pleno dos recursos psíquicos de introjeção e projeção.

A objeção de Winnicott dá-se pelo fato de que Freud, Klein e Bion trabalham com a noção de instinto de morte, que deve ser investido nos objetos para proteger o organismo de seu efeito desagregador e isso tem de se realizar logo no início da vida. Para tanto, eles pressupõem uma diferenciação originária entre sujeito e objeto, dentro e fora. Exatamente por

³ Há uma controvérsia no uso vigente do termo *pulsão* para a tradução de *instinct*. Nesta dissertação optamos por utilizar o termo *instinto*, sobretudo nas referências e citações dos textos winnicottianos, uma vez que o termo pulsão inexiste no vocabulário inglês.

haver essa diferenciação dentro/fora originária é que a projeção e a introjeção são possíveis desde o nascimento. Vejamos como Freud explicita isso em *O problema econômico do masoquismo* (1924):

[...] somos defrontados pela tarefa de investigar o relacionamento do princípio de prazer com as duas classes de instintos que distinguimos, os instintos de morte e os instintos de vida eróticos (libidinais) [...]. A libido tem a missão de tornar inócuo o instinto destruidor e a realiza desviando esse instinto, em grande parte, para fora [...], no sentido de objetos do mundo externo. [...]. Uma parte do instinto é colocada diretamente a serviço da função sexual, onde tem um papel importante a desempenhar. Esse é o sadismo propriamente dito. Outra porção não compartilhada dessa transposição para fora permanece dentro do organismo e, com o auxílio da excitação sexual acompanhante [...], lá fica libidinalmente presa. É nessa porção que temos de identificar o masoquismo original, erógeno. Não dispomos de qualquer compreensão fisiológica das maneiras e meios pelos quais esse amansamento do instinto de morte pela libido pode ser efetuado (1924/2011, p. 191-2).

Freud presume ainda uma ampla fusão e amalgama dessas duas classes de instintos, de modo que nunca lidamos com instintos de vida e/ou instintos de morte puros, mas apenas com misturas deles em quantidades diferentes. No entanto, diz o autor, é possível que o sadismo primário seja idêntico ao masoquismo, uma vez que, após a parte principal do instinto de morte ser projetada para os objetos,

[...] dentro resta como um resíduo seu o masoquismo erógeno, propriamente dito que, por um lado, se tornou componente da libido e, por outro, ainda tem o eu (*self*) como seu objeto. Esse masoquismo seria assim a prova e remanescente da fase de desenvolvimento em que a coalescência (tão importante para a vida) entre o instinto de morte e Eros se efetuou. Não ficaremos surpresos em escutar que, em certas circunstâncias, o sadismo, ou instinto de destruição, antes dirigido para fora, projetado, pode ser mais uma vez introjetado, voltado para dentro, regredindo assim à sua situação anterior. Se tal acontece, produz-se um masoquismo secundário, que é acrescentado ao masoquismo original (1924/2011, p. 191-2).

Distintamente, Winnicott afirma a instintualidade, mas não a concebe como fundante da personalidade. Em primeiro, porque postula que nos primórdios do amadurecimento, à época da dependência absoluta do apoio do ego materno, o comportamento do ambiente faz parte integrante do desenvolvimento do bebê. No começo, o bebê ainda não alcançou por ele próprio um reconhecimento e repúdio do não eu, condição que lhe capacitaria aos mecanismos de introjeção e projeção.

Em segundo, porque, enquanto Freud concebe a existência de dois instintos fundamentais, Winnicott pressupõe o impulso amoroso primitivo, que é indistinguível do impulso agressivo e destrutivo, também primário. Diz o autor: “É necessário aqui repensar algo que viemos a aceitar [...], qual seja, que um dos fenômenos integradores no desenvolvimento é a fusão do que aqui permitir-me-ei chamar de instintos de vida e de morte (amor e conflito: Empédocles) ” (1969i/1994, p. 190). O ponto crucial de seu argumento, diz o psicanalista inglês: “[...] é que o primeiro instinto é, ele próprio, *uma só coisa*, algo que chamo de *destruição*, mas poderia ter chamado de instinto combinado amor-conflito. Esta é uma unidade primária. É isto que surge no bebê pelo processo maturacional natural” (1969i/1994, p. 190).

Por outro lado, enquanto na concepção freudiana a libido é um instinto tipicamente humano, no pensamento winnicottiano, os homens e os animais não são diferentes no que concerne aos instintos. Para Winnicott, independente do tipo ou do número dos instintos, o que diferencia o homem do animal é o que acontece com os instintos na vida humana e na vida animal. Conforme Loparic (2005) explicita:

No homem, muito mais do que no animal, as excitações instintuais e as funções corpóreas em geral são gradualmente integradas na pessoa total mediante a elaboração imaginativa. A elaboração imaginativa não é sinônimo de fantasia sexual. É uma atividade da psique humana que abraça as funções, as excitações e as sensações corpóreas em geral, assegurando a sua unificação e organização (2005, p. 319).

Desse modo, nos primórdios do amadurecimento, para que os movimentos instintivos venham a adquirir a existência psíquica, é necessário que passem pela *elaboração imaginativa das funções corporais*⁴. Tal como argumenta Naffah Neto (2007), é a elaboração imaginativa das funções corporais que criará, paulatinamente, a sexualidade infantil: em primeiro lugar, dando sentido humano a movimentos fisiológicos e transformando-os em busca de prazer ou de descarga agressiva. Em segundo, “[...] ligando esses impulsos a objetos discriminados e fundindo o erótico e o agressivo/destrutivo em sentimentos ambivalentes (de atração/repulsão, amor/ódio), constitutivos de todo desejo humano” (2007, p. 44).

Além de unificar e organizar os instintos, Winnicott pressupõe que cabe à elaboração imaginativa a administração deles “[...] com a preparação para satisfação dos instintos, ou à

⁴ Para facilitar ao leitor, assinalamos que os conceitos winnicottianos, tal como o da elaboração imaginativa das funções corporais, criatividade originária, fenômenos transicionais e/ou do brincar anunciamos brevemente no Capítulo I e II, serão devidamente aprofundados no Capítulo III.

tentativa de mantê-lo confinado, ou à tarefa de mantê-lo vivo de modo indireto através do brincar ou da dramatização de uma fantasia” (1988/1990, p. 72). Mais ainda, o autor redescreve a fantasia pela própria elaboração imaginativa das funções corporais, conforme explicita:

A criança saudável não consegue tolerar inteiramente os conflitos e ansiedades que atingem seu ponto máximo no auge da experiência instintiva. A solução para os problemas da ambivalência inerente surge através da elaboração imaginativa de todas as funções; sem a fantasia, as expressões de apetite, sexualidade e ódio em sua forma bruta seriam a regra. A fantasia prova, deste modo, ser a característica do humano, a matéria-prima da socialização, e da própria civilização (1988/1990, p. 78).

Em Winnicott, todas as conquistas do amadurecimento têm suas raízes na elaboração imaginativa das funções corporais, que de inicio se processa de forma rudimentar e graditivamente se especializa em funções de maior complexidade. Nos momentos mais iniciais da constituição do indivíduo, a função primordial da elaboração imaginativa é precisamente a dação e compreensão do sentido das coisas, do próprio corpo e do *si-mesmo*. A sua tarefa é de temporalização e de historiação, de inserção do indivíduo numa história pessoal e interpessoal (Loparic, 2005).

Grosso modo, o sonho seguirá *pari passu* a especialização da elaboração imaginativa das funções corporais na conquista de recursos psíquicos e nas realizações das tarefas inerentes a cada fase do desenvolvimento. No decorrer das fases do amadurecimento, é precisamente através da elaboração imaginativa que o sonho ganhará o simbolismo, a partir da fase da transicionalidade, junto à tarefa da separação eu não eu. A partir do uso do objeto, já na fase do concernimento, é que se manifestará a fantasia inconsciente (destruição), enquanto as fantasias das experiências instintuais genitais atingirão seu ápice na fase edipiana. Esse caminho será percorrido pelo indivíduo para chegar aos recursos psíquicos e aos conflitos instintuais do sonho inscrito na proposta freudiana.

Esse caminhar é afirmado por Winnicott em *O conceito de saúde a partir da teoria dos instintos* (1988), uma vez que, para o autor, é nos sonhos plenamente genitais que podem ser encontrados todos os tipos de trabalhos do sonho formulados por Freud, pois nestes todas as consequências da experiência instintiva são enfrentadas: o menino se confronta com a ideia da morte do pai, da castração, de ser responsável pela satisfação da mãe e de um compromisso com o pai, que perpassa pela homossexualidade. Já a menina lida com a ideia de morte da mãe, de estar roubando seu marido, seu pênis, seus filhos, de ver-se à mercê da sexualidade do pai e

de um compromisso com a mãe, que perpassa pela homossexualidade (1988/1990, p. 77). A estrutura e a vida familiar permitem à criança suportar o sonho de separação ou da morte de um deles e gradativamente alcança a capacidade de distinguir sonho e realidade.

De tal sorte, ao considerarmos que nas fases mais iniciais do desenvolvimento emocional, ainda não há um indivíduo constituído e com recursos psíquicos para sonhar o sonho concebido como um processo simbólico representativo de conflitos instintuais, characteristicamente edípicos e pré-edípicos, e processado pelo mecanismo mental de perlaboração, perguntamos: de que tipo de sonho podemos falar? Do que eles tratam? Há uma contribuição winniciottiana sobre o sonho à clínica psicanalítica?

1.2.2 Segunda carta: espaço potencial e a conquista do sonho

Na carta de 1960, que trata da palestra bioniana *Uma teoria das funções*, Winnicott faz duas perguntas a Bion a respeito da capacidade de sonhar, quais sejam:

1. Se os psicóticos (a quem Bion se refere) são pessoas que tinham a capacidade de sonhar e depois a perderam ou são pessoas que nunca conquistaram esse espaço de ação entre a realidade psíquica e a realidade externa?
2. O que é que, na análise, pode capacitar o paciente que não consegue sonhar, não consegue nem dormir, nem permanecer acordado, a finalmente conquistar o sonho? (1960/1990, p. 114).

Com a primeira parte da pergunta 1 - se os pacientes tinham a capacidade de sonhar e depois a perderam – Winnicott reafirma a capacidade de sonhar como uma conquista do desenvolvimento. Ao mesmo tempo, apóia-se em sua concepção de que as tarefas e conquistas do amadurecimento, por tratarem essencialmente da integração, não são estáticas e garantidas: elas podem ser perdidas e readquiridas no decorrer da vida do indivíduo. Na clínica torna-se, então, fundamental situar o ponto de origem da falha ambiental traumatogênica ocorrida nas fases do desenvolvimento, tendo-se em vista que, nos pontos de origem situados nas fases mais iniciais, os distúrbios psíquicos aproximam-se das psicoses, com parcos recursos psíquicos e organizações defensivas mais primitivas, enquanto nos pontos localizados em fases posteriores

se aproximam das neuroses, com recursos psíquicos de maior complexidade e defesas mais elaboradas.

Aqui, a questão do uso analítico do sonho fica ainda mais complexa, pois entre a psicose e a neurose há um leque de nuances que caracterizam a dificuldade emocional e a necessidade maturacional do paciente. Por exemplo, há indivíduos que passam satisfatoriamente por uma fase inicial e podem ser traumatizados em fase imediatamente posterior, como há aqueles que passam precariamente pelas fases iniciais e acabam por se desestruturar frente às exigências edípianas. Essas nuances determinam a singularidade do manejo clínico e nos sonhos caracterizam as demandas emocionais do paciente frente à retomada do seu processo de amadurecimento.

Na segunda parte da pergunta 1 – ou são pessoas que nunca conquistaram esse espaço de ação entre a realidade psíquica e a realidade externa -, Winnicott prenuncia o lugar do sonho e das experiências do brincar junto ao espaço potencial existente entre o interno e externo. Nesse espaço potencial, estabelecido pela confiabilidade da interação entre o bebê e a mãe (ambiente), toda experiência é criativa e é integrada na pessoa do bebê pela elaboração imaginativa das funções corporais.

Na mesma relevância conceitual estão os *fenômenos transicionais* que assinalam essa terceira área da existência humana e se encontram na base do simbolismo, do brincar e das experiências culturais. Esses fenômenos abrangem grupamentos de tipos primitivos de funcionamento e, segundo Winnicott, devem ser estudados “[...] se é que se quer descrever satisfatoriamente o começo da personalidade humana individual, tendo-se como verdade indubitável que o aspecto cultural da vida humana, a incluir a arte, a filosofia e a religião, se relaciona estreitamente a esses mesmos fenômenos” (1971L/1975, p. 164). Esses fenômenos caracterizam a importante transição do ponto em que o bebê se encontra em fusão com a mãe ao de poder concebê-la como não eu.

Na concepção winnicottiana, há uma evolução direta dos fenômenos transicionais para o brincar e deste para as experiências culturais. Mas é preciso ter em mente que o sonho, o brincar e as experiências culturais estão intimamente ligados ao criar do bebê, que cria o que está lá para ser encontrado.

No brincar, as crianças demonstram grande capacidade para um fantasiar (imaginativo) que se assemelha ao sonho, contudo não apresentam as excitações instintuais do

sonho profundo, motivo pelo qual o autor se absteve de interpretar qualquer fantasia onírica a partir do *Jogo do Rabisco*.

Com as experiências do brincar, Winnicott amplia sobremaneira o uso analítico do sonho no favorecimento da constituição e manutenção da personalidade do indivíduo. Isso porque no brincar o indivíduo pode se aproximar do reservatório onírico total, incluindo o inconsciente, bem como o material que, sem outra alternativa, ficaria trancado no sonho não lembrado. Mas requer do analista uma atenção especial à diferença do material da experiência do brincar do material onírico do sonho.

A pergunta 2 formulada por Winnicott a Bion: “O que é que, na análise, pode capacitar o paciente que não consegue sonhar, não consegue nem dormir, nem permanecer acordado, a finalmente conquistar o sonho” (1960/1990, p. 114). Aqui, é a própria teoria do amadurecimento que responde e justifica o delineamento da contribuição winniciottiana ao uso analítico do sonho. Desde já, podemos dizer que, anterior à possibilidade de dormir, sonhar ou acordar, está a confiabilidade na sustentação do ambiente constitutivo do indivíduo, que lhe assegura o vir a ser como pessoa, a amadurecer e a sonhar no acontecer de uma existência psicossomática. Mas, sobretudo, assim como todas as conquistas e tarefas do desenvolvimento, as raízes do sonho fincam-se na elaboração imaginativa das funções corporais; o sonho é então entendido como uma função especializada da elaboração imaginativa do experienciado pela qual o indivíduo recria a si e o mundo encontrado.⁵

A partir disto, assentado na teoria do amadurecimento, o uso analítico do sonho estará atento às conquistas e tarefas inerentes a cada fase do desenvolvimento, bem como às dificuldades oriundas de interrupções que truncaram e/ou impediram, em maior ou menor grau, a constituição e integração do indivíduo numa unidade pessoal e, indubitavelmente, encontram-se na incapacidade de dormir, permanecer acordado, sonhar e de conquistar o sonho. Assim, é a elaboração imaginativa das funções corporais, conceito nuclear da proposta winniciottiana que, imbricada com a criatividade originária, nos possibilita estudar o sonho enquanto uma experiência psicossomática de integração, constituição e comunicação do indivíduo.

Isso tudo nos leva a perguntar: o uso analítico do sonho relativo às fases mais iniciais do amadurecimento não estaria assentado no *manejo* da sustentação, suporte e provisionamento

⁵ Expressão utilizada por Loparic (2012) em palestra proferida no Colóquio *O Sonho e o Sonhar em Winnicott*, realizado no Centro Winnicott de Campinas.

às necessidades do desenvolvimento e da própria conquista da capacidade de sonhar?⁶ Há uma contribuição winniciottiana na mudança da técnica da interpretação e no fazer clínico junto ao uso analítico do sonho?

É plausível que sim, conforme Loparic (1999b): “Em Winnicott, o modelo ontológico centra-se no conceito de tendência para integração, para o relacionamento com pessoas e coisas e para a parceria psicossomática” (p. 314). A metodologia, diz o autor, preserva a tarefa de verbalização do material transferencial, contudo admite apenas interpretações assentadas na teoria do amadurecimento e inclui o *manejo* da regressão à dependência e do *acting-out* dos antissociais. A isto acrescenta:

O valor principal é a eliminação de defesas endurecidas, paralisadoras do amadurecimento, e a facilitação para que agora aconteça o que precisava ter acontecido, mas não aconteceu; bem como que se junte o que permaneceu ou se tornou dissociado, ou mesmo cindido. O sofrimento decorrente de conflitos, internos ou externos, deixa de ser o fundamental, fica em segundo plano, considerado parte da vida sadia (1999b, p. 314).

A mudança é plausível também para Naffah Neto (2005). Em seu argumento, o processo analítico é eminentemente experiencial, pois, em última instância, trata de fazer passar pela área da experiência, portanto, da criatividade originária, acontecimentos fundamentais ao processo de amadurecimento que dela ficaram cindidos por falhas ambientais. Através disto, “[...] possibilitar que o self verdadeiro possa – no seu tempo e na sua forma próprios – vir a registrar esses acontecimentos e deles se apropriar paulatinamente” (p. 450). O autor assinala:

Sem dúvida, novos processos de simbilização tenderão a ocorrer como consequência da experiência, que se processa em grande parte no espaço potencial e, ao retomar situações traumáticas congeladas, tende a promover a rememoração das mesmas e a emergência dos afetos aí gerados, fazendo grande parte disso tudo passar pela linguaem (2005, p. 450).

Em termos da técnica, diz o autor, Winnicott sempre priorizou a *sustentação* do processo, “[...] dando tempo para que o paciente pudesse, no seu tempo próprio, ir elaborando os impasses e abrindo caminho ao devir e evitando qualquer processo interpretante de decodificação simbólica, realizado sem a *sustentação* necessária” (p. 451).

⁶ O termo manejo refere-se ao cuidado e às ações terapêuticas pertencentes à ambiência do contexto analítico no atendimento à singularidade das necessidades do desenvolvimento do paciente.

Na argumentação de Dias (2014), embora o *manejo* clínico inclua a interpretação, é preciso considerar que, na redescrição winnicottiana, o sentido geral da prática interpretativa é a comunicação verbal com outro ser humano e essa, por sua vez, está assentada na comunicação silenciosa da confiabilidade. Para a autora, a interpretação usada analiticamente no sentido de desvelar conteúdos e conflitos reprimidos está limitada ao material profundo ou proveniente do inconsciente recalcado.

Por outro modo, Naffah Neto (2010) entende que, na clínica winnicottiana, o que vai determinar o uso da interpretação como ferramenta clínica é o tipo de transferência que está em curso: se uma *neurose* de transferência ou uma *psicose* de transferência. A transferência exige maior especificidade, à medida que:

[...] pacientes de tipo *borderline* (ou mesmo psicóticos) podem, em períodos específicos – quando não estão em surto ou imersos em processos regressivos -, entrar numa relação de *neurose* de transferência [...] nesses casos, cabe interpretar a transferência, mesmo em se tratando de pacientes psicóticos. [...] também pacientes neuróticos podem apresentar núcleos psicóticos e entrar, num certo momento, numa *psicose* de transferência e num processo regressivo, requerendo, então, manejo transferencial (p. 79-80. Grifo no original).

De maneira geral, podemos dizer que “[...] na *neurose* de transferência, a função principal da interpretação está em diferenciar a figura do analista experimentada como objeto subjetivo (na vivência transferencial) da sua figura real (objeto objetivo), que permanece em cena, confundida com a primeira” (Naffah Neto, 2010, p. 81). A interpretação, ao produzir essa diferenciação, tanto ajuda o paciente na discriminação do que aconteceu no passado daquilo que está acontecendo no presente quanto reforça a função de uso do objeto no seu processo de amadurecimento.

Já na *psicose* de transferência, a figura do analista é inteiramente eclipsada, o que faz com que ele seja experienciado unicamente como objeto subjetivo. Nesse contexto, a interpretação não ganha espaço, já que não há nada a ser discriminado e/ou diferenciado, nem no nível dos tempos envolvidos, nem no nível dos objetos implicados. “[...] Necessária aí é tão somente a sustentação da transferência, para que o paciente possa reviver a situação traumatogênica diante de um ambiente mais acolhedor e assim retomar experiências que, na história real, não puderam se realizar ou ficaram truncadas” (Naffah Neto, p. 88).

Das considerações trazidas por Loparic, Dias e Naffah Neto a respeito da interpretação na clínica winnicottiana, podemos dizer que o eixo que os vincula é a comunicação, que parte da cooperação inconsciente do paciente e à qual o analista se junta e segue. Em termos dos sonhos, tanto a transferência quanto a interpretação seguirão o processo de elaboração em andamento no ritmo e no tempo próprio do paciente. Algumas vezes, num sonho, a comunicação do que está por vir (psiquicamente) é mais importante daquilo que, à primeira vista, está acontecendo no momento. Se o analista puder aguardar o tempo necessário, alguns sonhos posteriores esclarecerão o processo de elaboração realizado e, então, uma interpretação tornar-se-á adequada e oportuna.

Por fim, de importância clínica, podemos sublinhar que a imaginação, as experiências do sonho, do brincar e da cultura abrem um espaço de entrelaçamento e enriquecimento das experiências do viver humano, pois o indivíduo, nos inumeráveis usos que faz de cada uma de suas experiências, traz para dentro do contexto analítico suas crenças e expectativas, ao mesmo tempo em que transita para além do *setting* analítico e recria seu mundo cultural.

Isto tudo ajuda, mas não basta, pois há outras questões teórico-clínicas: há alguma correlação entre o sonho, as experiências integrativas e o *manejo* no contexto analítico? Em que medida as atividades do brincar relacionam-se com as experiências culturais na integração pessoal e social do indivíduo? Como proceder terapeuticamente com o sonho e as experiências do brincar e da cultura que Winnicott descreve? Como proceder o uso analítico do sonho no tratamento de pacientes tipo *borderline*?

Estas questões, somadas às anteriores, norteiam a delimitação dos objetivos, do processo de coleta de dados e da reflexão desta pesquisa. Muito embora o tema exija estudos mais abrangentes a respeito das nuances patológicas situadas entre a psicose e a neurose, esses não podem ser contemplados no escopo desta dissertação de mestrado.

1.3 METODOLOGIA E COLETA DE DADOS

Para Naffah Neto (2006), existe uma relação intrínseca entre pesquisa e psicanálise.

Falar em pesquisa em psicanálise é quase um pleonasmo, já que o termo psicanálise implica, por si só, o termo pesquisa. [...] quando praticamos psicanálise, estamos sempre fazendo pesquisa; caso contrário não estamos praticando psicanálise (p. 1).

O autor diferencia dois tipos de pesquisa em psicanálise. O primeiro é o da pesquisa-escuta, que está relacionada à pesquisa clínica, em que a atenção flutuante do analista e as associações livres do paciente fornecem sentido aos fenômenos inconscientes. A pesquisa-escuta utiliza-se da investigação. Nesse caso, a postura do pesquisador é mais passiva, deixando-se afetar pelo outro através da atenção flutuante. A pesquisa-escuta pode adquirir forma escrita, tal como o relato de um caso clínico ou a interpretação psicanalítica de uma obra de arte, sem problematizar o campo psicanalítico.

O segundo tipo é a pesquisa-investigação, ou seja, a pesquisa teórico-metodológica, que pode ser considerada responsável pelo crescimento e aperfeiçoamento da psicanálise. Essa pesquisa complementa a pesquisa clínica, muitas vezes dando-lhe suporte, como também recebe dela o embasamento para o seu trabalho construtivo. Esse tipo de pesquisa pressupõe a seleção do campo de conhecimento e a formulação e seleção dos problemas teóricos e metodológicos a serem investigados.

Neste projeto de pesquisa, utilizamos a pesquisa-investigação, dado que a proposta foi de refletir sobre subsídios teórico-clínicos para o uso do sonho no atendimento a pacientes cujas dificuldades estão atreladas à realização das primordiais e primárias tarefas do desenvolvimento emocional. Também utilizamos a pesquisa-escuta realizada por Winnicott na análise de vinhetas clínicas ilustradas em seus textos ao longo de sua obra, e que evidenciam o uso, a compreensão e o procedimento analítico do sonho, dando-nos suporte e embasamento para a pesquisa-investigativa. Outrossim utilizamos a pesquisa-escuta na reflexão dos fragmentos clínicos de um atendimento psicanalítico realizado em nosso consultório particular, aqui denominado - *Os sonhos de Laura*, e com o qual refletimos sobre o uso analítico do sonho inscrito na retomada do amadurecimento do paciente tipo *borderline*.

Como referencial metodológico na coleta de dados utilizamos: a) a pesquisa bibliográfica, que realizada em dois momentos: na contextualização e reflexão das abordagens pesquisadas na fundamentação teórica e no levantamento de textos winnicottianos cujos relatos clínicos ilustram o uso analítico do sonho e b) o registro de fragmentos do material do caso clínico atendido em consultório.

Na obra winnicottiana, embora o tema do sonho percorra por sua extensão, não há uma psicologia específica tal como formulada em Freud e em outras abordagens psicanalíticas. Assim, optamos por contextualizar a contribuição winnicottiana num breve recorte do uso

analítico do sonho em três momentos: a) o sonho e a realização do desejo; b) principais aspectos do uso analítico do sonho na literatura psicanalítica; e c) o sonho quando as necessidades do ego se sobrepõem ao desejo. Na sequência, revisitamos os relatos clínicos apresentados por Winnicott ao longo de seus textos nos quais ilustra estados e fenômenos que se tornam fundamentais no levantamento de subsídios teóricoclínicos para o manejo da incapacidade de sonhar e daqueles sonhos oriundos de fenômenos abarcados na área da dissociação e da cisão.

A estrutura desta pesquisa consiste em cinco capítulos. No Capítulo I – *Introdução* - está a justificativa, a problematização e a metodologia da pesquisa. No Capítulo II – *O sonho e a realização do desejo* - descrevemos o uso analítico do sonho da proposta freudiana. A partir de estudos selecionados sobre o sonho, publicados no *International Journal of Psycho-Analysis* (IJPA), buscamos evidenciar alguns estudos da literatura psicanalítica, cujos temas tratam desde os elementos formais do sonho à configuração da situação analítica. A escolha desse periódico acadêmico se deu por sua importância no círculo psicanalítico, além da publicação de vários textos winnicottianos entre 1940 a 1960.

No Capítulo III – *O sonho quando as necessidades do ego se sobrepõem ao desejo* - tratamos mais especificamente do uso analítico do sonho relativo às fases iniciais do desenvolvimento. O seu espaço central está ocupado pelos pressupostos teórico-clínicos winnicottianos: a teoria do amadurecimento, elaboração imaginativa, fenômenos transicionais, brincar e sua relação com o uso analítico do sonho no processo do amadurecimento do indivíduo.

No Capítulo IV - *Recorte da contribuição winnicottiana do uso analítico do sonho* -, apresentamos alguns tipos de sonhos e as experiências do brincar e da cultura, descritos nos textos winnicottianos, e seu uso analítico nas tarefas de constituição e integração das fases iniciais do amadurecimento.

No Capítulo V – *Os Sonhos de Laura* –, a partir de fragmentos do material desse caso clínico refletimos sobre o uso analítico do sonho inscrito na retomada do amadurecimento de pacientes análogos à Laura, mais especificamente do tipo *borderline*. Para caracterizar clinicamente o paciente tipo *borderline* seguimos a acepção proposta por Naffah Neto (2007), utilizando o termo para designar indivíduos que vivem nas bordas, ou seja, nas fronteiras entre a neurose e a psicose. Assim, inicialmente discorremos sobre o sonhar, nesse tipo de paciente, em uma perspectiva teórica winnicottiana. Na sequência, com o relato dos sonhos de Laura e

as interpretações alcançadas, apontamos os aspectos mais relevantes do manejo e do uso analítico do sonho na condução do trabalho analítico.

As Considerações Finais abordam a compreensão das contribuições winnictianas ao uso analítico do sonho e do sonhar apuradas no decorrer do trabalho e tentam mostrar a importância de novos estudos a partir dos questionamentos levantados.

2 O SONHO E A REALIZAÇÃO DO DESEJO

Em Freud (1900), a formação do sonho e a do sintoma são regidas pelo mesmo princípio: através de um disfarce, tanto o sonho quanto o sintoma cumprem a realização do desejo (recalcado) sem que este alcance a consciência. O livro *A interpretação dos sonhos* (1900) tornou-se o marco da Psicanálise e da instauração da técnica analítica. Simultaneamente ao método de interpretação dos sonhos, Freud introduziu o método da associação livre:

Meus pacientes comprometeram-se de comunicar-me cada ideia ou pensamento que lhes ocorressem [...] eles disseram-me seus sonhos e assim me ensinaram que um sonho pode ser inserido na cadeia psíquica que pode ser rastreada para trás na memória a partir de uma ideia patológica (1900/1996, p. 100).

O sonho ganha um lugar central no tratamento psicanalítico das neuroses. Em *Cinco lições sobre a psicanálise* (1910), Freud reafirma a interpretação do sonho como a via régia do conhecimento do inconsciente e o estudo dos sonhos como uma base segura da pesquisa psicanalítica. Com a teoria da realização do desejo, atribui dois sentidos ao conteúdo do sonho: o latente e o manifesto. O primeiro diz respeito ao impulso provindo do recalcado, o segundo é apenas um disfarce do desejo realizado. A elaboração onírica, responsável pela passagem do conteúdo latente ao manifesto, é realizada por meio de quatro mecanismos: condensação, deslocamento, simbolismo e dramatização.

Em 1911, Freud submete a interpretação dos sonhos às regras técnicas da conduta do tratamento psicanalítico no contexto das associações livres e do tratamento como um todo. Conforme descreve:

Advirto, portanto, que a interpretação de sonhos não deve ser alcançada no tratamento analítico como arte pela arte, mas que seu manejo deve submeter-se àquelas regras técnicas que orientam a direção do tratamento como um todo. Ocasionalmente, é natural, pode-se agir de outra maneira e permitir um pouco de liberdade de ação ao próprio interesse teórico; mas deve-se sempre estar cônscio do que se está fazendo (1911/1996, 94).

Outra situação que inspira cuidado é a do analista perscrutar cada um dos sonhos de um paciente sem exigir que este passe pelo tedioso e demorado processo de perlaboração. Um analista desse tipo ficará tentado a fazer pleno uso da interpretação de sonhos em toda ocasião, dizendo ao paciente tudo o que detectou em seus sonhos. Todavia, esse procedimento se afasta consideravelmente do método estabelecido (FREUD, 1911/1996).

Na década de 20⁷, as regras de conduta da técnica no contexto da associação livre, a teoria da realização do desejo e os mecanismos de formação são reafirmados em muitos estudos publicados. Ernest Jones (1921), por exemplo, com a análise de um sonho de sua paciente, tenta ilustrar dois fenômenos em psicanálise: o retorno do reprimido, nos termos de Freud, e o significado da associação livre enquanto essência do argumento subjacente ao sonho. Ao mesmo tempo, tenta mostrar um tipo de disfarce no sonho em que uma pessoa é disfarçada em si própria.

Jones parte de um tipo de disfarce no qual uma imagem familiar, datada da tenra infância, venha a ser, numa data posterior, representada por uma pessoa de menor significância psíquica para o sonhador. Todavia, segundo o autor, aceitar tal estado de coisas como uma explicação definitiva seria o mesmo que aceitar a opinião defendida por Adler, Jung e Maeder, segundo a qual “[...] uma noção recentemente adquirida e muitas vezes altamente abstrata, pode ser ‘simbolizada’ por uma imagem mais concreta e pessoal datada da infância, i. e. exatamente o oposto das conclusões gerais da psicanálise” (1921, p. 420).

Jones discorda de tal concepção e, para ilustrar seu argumento, usa o sonho de sua paciente que estava grávida e com vários questionamentos com a sogra a respeito do nascimento e da educação da criança. No sonho, ela e sua mãe estavam na presença de alguns funcionários que perguntavam as idades delas. A mãe declarou-se com 22 anos. A paciente pensou como ela podia fazer uma afirmação tão ridícula se sua idade real é 52 anos (p. 421).

A idade real de sua mãe é de 61 anos e nenhuma questão de idade havia surgido na relação entre elas naqueles tempos. Por outro lado, 52 anos é a idade de sua sogra e havia uma rivalidade entre a paciente e a sogra quanto à posse do marido. O fato principal é que, quando seu marido nasceu, sua sogra tinha 22 anos, a idade referida no sonho, e assim, o tema do nascimento da criança foi identificado.

Para verificarmos a complexidade do processo da associação livre e a construção analítica realizada para chegar a essa identificação, citamos a descrição de Jones:

Ao pensar nas idades dadas no sonho, a primeira reflexão da paciente foi que a diferença entre elas era de 30, a partir do que extraiu duas inferências. O número 3 era de alguma importância, pois o pensamento do sonho não era uma comparação entre duas épocas, mas uma comparação entre as idades de duas pessoas. Embora o número 3 estivesse contido na primeira associação,

⁷ As décadas em referência, neste capítulo, pertencem ao século XX.

era apenas indiretamente indicado no conteúdo manifesto do sonho, onde a figura 2 ocorre três vezes mais e a diferença entre ela e de alguma outra figura também é 3. Estamos, portanto, preocupados com três figuras, 2, 3 e 5. Estas dizem respeito tanto à sua própria idade (35) e a de sua sogra de (52). Provavelmente, uma injustiça grande com a sogra era a de que a paciente fosse 6 (2×3) anos mais velha que seu filho, em parte porque temesse que ela não mais teria filhos. Havia uma rivalidade considerável entre as duas mulheres quanto à posse do marido, especialmente por parte da sogra para quem o filho era apenas uma criança. [...]. No nascimento do filho, a sogra tinha 22 anos, a outra idade no sonho, e o tema do nascimento da criança foi assim identificado (1921, p. 421).

O sonho representaria, assim, o reflexo do despezo da paciente relativo ao fato de que o tempo da sogra havia passado. Conforme Jones, a paciente praticamente diz: “Lembre-se que são 52! Você não deve pensar que está carregando uma criança e está novamente com 22. Nesta fala, está contida uma referência velada à própria idade da paciente e, portanto, para o contraste” (p. 422).

Até esse momento, a explicação do sonho parecia satisfatória e dar conta do curso dos pensamentos oníricos. Mas, no decorrer das sessões seguintes, os números 2 e 3 mostraram que o sonho tinha também raízes infantis. Isto porque o número 2 estava relacionado com a idade da paciente aos dois anos, povoada de importantes fantasias sobre o parto durante a gravidez de sua mãe. O número 3 relacionava-se com a sua idade aos três anos, ainda mais reprimida, quando suas fantasias foram destruídas pelo nascimento de um irmãozinho.

Assim, embora todas as associações indicassem que a mãe fosse o substituto da sogra, na verdade a mãe era um substituto adulto para a mãe da infância. No sonho relatado, a mãe adulta era um disfarce da mãe infantil, melhor dizendo, uma pessoa disfarçada de si mesma.

Jones explicita que a descoberta peculiar é que a figura real da mãe é um substituto da mãe da infância a favor do disfarce, qual seja: “Claro que eu não sou ciumenta dela, é tão impossível quanto dizer que eu poderia ter ficado com ciúmes da minha própria mãe quando ela deu à luz meu irmão mais novo” (1921, p. 422).

Na conclusão do autor, a mãe da fase adulta como um substituto da mãe da infância, enquanto uma pessoa disfarçada de si mesma, contraria a posição de Adler, Jung e Maeder de que uma noção recentemente adquirida pode ser simbolizada por uma imagem mais concreta e pessoal datada da infância.

O estudo de Jones (1921) é um bom exemplo da elaboração do sonho alcançada ao longo das sessões posteriores. Nesse sentido, reafirma o conselho freudiano de que o analista não tente decifrar o sonho todo numa sessão, nem mesmo deixar de lado um sonho posterior, enquanto o primeiro não tiver sido de todo interpretado. Primeiro, porque o material reaparecerá por vezes até que se tenha alcançado uma adequada elaboração. Em segundo, porque as associações do paciente poderão precipitar outras emergências psíquicas que ainda não estavam em questão, mas que poderão emergir nas sessões subsequentes.

Já em Alexander (1925), podemos observar o exemplo de uma elaboração que se esclarece no contexto de três sonhos consecutivos. Em 1925, reafirmando a ideia de Freud de que os sonhos sucessivos com o mesmo conteúdo latente se tornam sequencialmente mais claros, o autor estuda a conexão econômica entre os pares ou séries de sonhos que expressam o mesmo desejo.

Os sonhos em pares são complementares um ao outro. A gratificação é dividida em duas fases (dois sonhos), o que torna possível uma satisfação mais completa do desejo, embora o trabalho econômico do censor permaneça o mesmo. Tanto a pessoa quanto o desejo são simbolicamente disfarçados nesses sonhos, mas, pelo fato de que cada um deles expressa o desejo real de forma incompleta, são capazes de entrar na consciência; todavia, na ligação de um com o outro sonho constituem uma representação completa da tendência reprimida (p. 446).

Na descrição de Alexander (1925), seu paciente trouxe para a análise um sonho que teve no dia anterior ao relato de outros dois sonhos. Sonho: um chinês e uma inglesa, que vivem na mesma pensão que ele, queriam ter relações sexuais. O paciente estava na mesma sala porque não havia nenhuma outra sala disponível, mas era extremamente embarracoso testemunhar o ato. Felizmente, porém, não aconteceu nada.

No par de sonhos sonhados na noite seguinte, tem-se:

Sonho I. A festa de casamento está em preparação. Meu irmão vai se casar com sua noiva, mas o padre não apareceu e assim o casamento não pode acontecer. Digo ao meu irmão que poderíamos encontrar outro clérigo. No entanto, nada aconteceu e o casamento não pode acontecer. Sonho II. Eu e uma garota, que conheço, estamos juntos olhando algumas fotografias. Entre elas, vemos a fotografia da amante de meu cunhado. Nós dois começamos a rir porque ela é tão simples e eu digo que o meu cunhado, certamente, acredita que ela era muito interessante (Alexander, 1925, p. 447).

Na discussão desse par de sonhos, o paciente lembrou-se de que seu irmão mais velho teve uma discussão com a esposa e iria se divorciar. Nessa ocasião, sentiu uma alegria secreta e envergonhou-se de sua malícia. No segundo sonho, o significado é expresso mais diretamente: o paciente ri da feiura da ex-amante de seu cunhado em companhia de uma garota que também desgosta da moça pelo mesmo motivo: ciúme.

Na interpretação de Alexander, esses sonhos revelam uma fixação homossexual passiva tanto com seu irmão, oriunda da satisfação no desejo de frustrar a realização do casamento, quanto com o cunhado, que dá origem ao desejo de separá-lo de sua amante. No fator dinâmico dos dois sonhos, o autor explicita que, no primeiro, com a tentativa hipócrita de ajudar o casamento do irmão, ele satisfaz as exigências morais do superego e, no sonho seguinte, fica livre para transgredir.

O conteúdo latente do sonho que o paciente trouxe na sessão anterior é semelhante ao do par de sonhos descrito acima. Para o autor, é somente a partir deste sonho anterior que se pode compreender a base inconsciente mais profunda dos outros dois. Neste, a relação sexual entre o chinês e a inglesa que viviam em sua pensão é frustrada. O significado é claro, a pensão corresponde à sua casa. A circunstância no sonho de que ele foi obrigado a estar presente durante o coito porque não havia outra sala disponível é uma alusão ao quarto dos pais, onde ele dormia quando era uma criança pequena. O chinês e a inglesa são figuras de contraste de valores para seus parentes mais próximos, seu pai e mãe. O desejo mais reprimido em todos os três sonhos é o de impedir o coito de seus pais, separando-os um do outro. Este desejo se repete nos três sonhos - o cunhado da amante, o irmão da esposa, o chinês da inglesa - de tal modo que, quanto mais as pessoas são disfarçadas, menos a ação precisa ser mascarada (1925, p. 449).

Por outro modo, segundo Freud (1937/1939), os mecanismos inconscientes através da elaboração onírica exclarecem tanto a formação dos sonhos como dos sintomas nas neuroses e psicoses. Assim, Alexander (1925) procura mostrar que o mecanismo presente em pares de sonhos, nos quais o castigo no primeiro sonho serve como um calmante da consciência e esta não pode perturbar a gratificação no segundo sonho, corresponde ao mecanismo da neurose obsessiva, pelo qual as atividades de uma tendência masoquista de autopunição servirão para libertar a tendência sádica, equilibrando a conta. O mesmo princípio está no modo maníaco-depressivo de reação, em que o período depressivo de autocondenação é sucedido pelo período de mania com a liberação das inibições. No maníaco-depressivo, a punição e a licença estão divididas em duas fases sucessivas, enquanto na neurose obsessiva elas coexistem lado a lado.

Na década de 30, desponta a questão da resistência do paciente que impede o uso do sonho para fins de análise. Nesse caso, prenunciando uma mudança do lugar central do sonho no tratamento analítico, o conselho freudiano é de se tentar fazer a análise de material obtido que não o dos sonhos. Assim, os dados obtidos a partir da transferência ganham maior espaço na construção analítica.

Ainda na década de 30, instaura-se uma controvérsia sobre o uso do sonho no tratamento analítico, dividindo os psicanalistas entre aqueles que o supervalorizam e aqueles que acabam por subestimar sua importância. Somado a isto, a demanda de pacientes que não sonham traz novos questionamentos quanto ao alcance da técnica psicanalítica. Sharpe (1937), por exemplo, reforça a análise das defesas sob a forma de resistência. Em seu argumento, o uso excessivo do sonho, pelo analista ou pelo paciente, distorce o processo analítico como um todo, pois relega outros dados analíticos e impede a integração do sonho com o caráter, sintomas e comportamento neuróticos do paciente (Blum, 1976). Os estudos da resistência mobilizaram o avanço da teoria e da técnica psicanalítica e relativizaram a importância do sonho. Nesse percurso, o foco central da clínica torna-se a análise da transferência e das defesas, sob a forma de resistência. O sonho passa a ocupar um lugar ao lado de todas outras atitudes analíticas e em todo campo psíquico.

Aqui, para melhor delinearmos o uso analítico do sonho, fazemos um recorte para tratarmos dos principais aspectos teórico-clínicos que ganharam interesse na literatura psicanalítica, publicada no IJPA. Trataremos, sobretudo, daqueles que nos ajudam a visualizar os esforços realizados na tentativa de dar conta das questões do sonho e do uso analítico surgidas a partir da ampliação do campo analítico, bem como nos ajudam a preparar o caminho para a discussão do sonho quando as necessidades do ego se sobrepõem à realização do desenho.

Nas décadas de 30 e 40 iniciam-se vários debates fomentados pelo estudo de importantes aspectos teóricoclínicos sobre o sonho e o uso analítico na psicanálise. Entre eles encontra-se o da simbolização e da função dos mecanismos do processo primário e secundário no sonho, debate que persiste até a década de 80 e vai trazer novos questionamentos e contribuições ao uso analítico do sonho. Percorremos também o debate que se debruça sobre a relação entre o sono, sonho e a situação analítica. Neste debate três aspectos do sono foram aprofundados: o primeiro é o do sono como necessidade biológica (Freud, 1900a, 1917d) e a função do sonho como mantenedor do sono; o segundo aspecto é o do sono enquanto uma

reação de defesa regressiva na situação analítica contra impulsos agressivos, masoquistas e passivos que ameaçam o equilíbrio de defesas do ego (cf. Ferenczi, 1934; Stone, 1947; Bird, 1954); e o terceiro diz respeito à regressão no sono como retomada das fases ontológicas do desenvolvimento infantil e do primeiro relacionamento da criança com o seio materno (Isakower, 1938; Lewin, 1948, 1955; Sptiz, 1955).

Além destes, perpassamos brevemente pelo debate advindo do início dos estudos da psicose e do desenvolvimento emocional infantil, no qual a própria situação analítica é questionada frente às exigências requeridas no atendimento dos psicóticos, dos pacientes que não sonham e/ou daqueles que, embora possam compreender intelectualmente os recursos necessários ao tratamento analítico, não conseguem usá-los afetivamente.

2.1 SIMBOLIZAÇÃO E OS PROCESSOS PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO NO SONHO

Para delinear os principais aspectos considerados no percurso psicanalítico, vejamos primeiramente o estudo de Roland (1972)⁸ na ilustração do debate sobre a simbolização e os processos primário e secundário operantes no sonho. Na literatura psicanalítica iniciada com Freud (1900), seguida das contribuições de Rank e Sachs (1913), Jones (1916) e pela psicanálise contemporânea, incluindo a Escola Inglesa, a simbolização é conceituada como parte do processo primário a serviço do princípio do prazer, para dar expressão a sentimentos inibidos ou a unidades que não têm outros meios de representação.

Alguns estudos, no entanto, apontam para um caráter menos regressivo. Klein (1930), por exemplo, concebe a simbolização como uma função do ego necessária à criança para a adaptação de outros objetos aos primeiros, ou seja, a simbolização está na internalização dos primeiros objetos subjacentes ao pensamento realista do processo secundário. Em Rycroft (1968), a simbolização que conduz à relação de adaptação de novos objetos é parte do processo secundário, não do processo primário. Outros autores, como Werner (1948), Kubie (1953), Angyal (1965) e Menaker e Menaker (1965) e, em certa medida, a Escola Inglesa concebem a simbolização e a expressão simbólica como uma capacidade básica e uma função do ego crucial para o desenvolvimento humano. A simbolização, em seu sentido mais amplo, está relacionada com a necessidade básica do ser humano de internalizar o ambiente e serve como uma ponte

⁸ *As imagens e sua expressão simbólica nos sonhos e na arte.* IJPA, 1972. 53:531-535.

entre o mundo interior e exterior. Mas, apesar desses estudos, na psicanálise, o conceito do pensamento metafórico ou simbólico permanece como uma expressão regressiva.⁹

Por outro lado, na tentativa de dirimir essas questões, Noy (1969) estuda os processos primário e secundário por meio de suas funções. O processo primário tem a função de integrar novas experiências em um *self*-sistema e na expressão do *self* em áreas tais como sonhos e arte. A função do processo secundário é a de lidar com a realidade exterior, dependendo de constante *feedback*. Donde o autor entende que, nos sonhos, o modo de pensar é predominantemente do processo primário e voltado para a expressão do *self*, enquanto na arte há uma combinação dos processos primário e secundário para a expressão e a *Gestalt* das formas.

Na visão de Roland (1972), por sua vez, os mecanismos de condensação, deslocamento e simbolização (no sentido clássico) também têm uma dupla função. Na primeira, quando relacionados com a realização do desejo, servem o propósito de permitir ao desejo inconsciente fugir do superego para sua expressão. O processo primário está a serviço da expressão disfarçada por conta do superego, da ansiedade e de operações defensivas. Na segunda função, quando os mecanismos estão relacionados com as várias estruturas psíquicas, tais como as internalizações do ego, a dinâmica e as memórias da infância, eles servem para dar-lhes uma rica expressão simbólica, mostrando exatamente uma visão da psique no que diz respeito a vários conflitos. Aqui, o processo primário está a serviço da expressão simbólica e em forma simbólica coerente ao invés de disfarce e distorção (p. 533-4). Essa função permite ao sonho uma expressão simbólica simultânea dos mais diversos aspectos da psique.

Importa assinalar uma diferença entre a complexidade da análise do trabalho do sonho operada por Jones (1921), ressalvando-se que seu artigo estivesse mais interessado em mostrar um tipo de disfarce, e a análise ilustrada a seguir, do estudo de Roland (1972), que põe em evidência a dupla função dos mecanismos do sonho. A diferença se dá, em primeiro, porque o

⁹ Grosso modo, Palombo (1978) e Rycroft (1956, 1962) entendem que os símbolos estão nos sonhos para expressar algo e não para escondê-lo através do disfarce; eles estão nos sonhos assim como as figuras de linguagem estão na poesia: para expressar o pensamento com precisão, economia e um requinte de beleza. Para esses autores, a simbolização é uma capacidade geral da mente, que pode ser usada pelo processo primário ou secundário. Em condições normais de saúde mental, ambos os processos estão integrados. Afirmando a integração desses processos e a simbolização como funções do ego, das quais o indivíduo faz uso nas criações e na lida com seu cotidiano.

Por outro aspecto, Arlow (1969), Palombo (1978) e Gill (1982) concebem que as experiências infantis estão no significado do sonho porque fazem parte da história do indivíduo e não por superposição dos desejos primitivos. Além disso, esses autores pressupõem que é o procedimento de correspondência, responsável pelo reordenamento interno e a atualização de informações previamente existentes, que permite comparar as experiências atuais com as experiências significativas do passado, sejam elas reais ou imaginadas. In: Gill, H. S. *O contexto de vida (life context) do sonhador e o setting do sonho*, IJPA, 1982, 63:475.

autor entende que os mecanismos do processo primário são usados a serviço de modos hierárquicos de expressão direta e indireta; em segundo, porque concebe uma organização hierárquica que vai da expressão disfarçada de desejos para uma expressão simbólica multifacetada de diversos aspectos e processos da psique.

Por meio da análise de um sonho, Roland (1972) tenta ilustrar os modos hierárquicos de expressão. A paciente é uma jovem de 21 anos de idade. No contexto do sonho, ela levaria seu namorado Charles pela primeira vez à casa de seus pais, que lhe impõem o cumprimento de regras intensamente rígidas. A jovem, bastante ansiosa, ressentia-se de que a visita ao lar, de alguma forma, sabotaria seu relacionamento com o namorado. O sonho:

Eu estou dirigindo em um bairro ao norte de Boston. Está cheio de violência e eu estou com medo. Estou seguindo meu irmão em seu carro (um carro desportivo), mas não muito de perto. Eu não quero que ele saiba que o estou seguindo, (mais tarde no inquérito ela associa de que tinha medo de segui-lo muito de perto na infância, pois ele não queria que ela ficasse na marcação atrás dele). Eu estou esperando que ele vá sair do caminho. Então, eu lembro que devo encontrar Charles na estação de trem e tenho medo de chegar atrasada e perder o trem e ele.

No sonho, o ambiente era semelhante à vizinhança onde cresceu quando criança. Na descrição da paciente, o norte de Boston era um bairro de negros e as pessoas eram mais caladas, com humor violento e muita raiva reprimida, em contraste com a área em que ela tinha vivido. Na análise, segundo Roland (1972), o deslocamento opera por meio da imagem dos negros mais calados e com um humor violento para dar uma expressão dissimulada à satisfação do sentimento de raiva da paciente. Do ponto de vista da expressão simbólica, esse deslocamento representa as operações defensivas do ego; pelo distanciamento, ela mantém o seu sentimento de raiva reprimido. Além disso, mostra a ansiedade de sua raiva reprimida vir a se tornar expressa.

Através da condensação, a imagem dos negros calados, com um humor violento e muita raiva reprimida, não só ajuda na expressão disfarçada da raiva, mas também dá excelente expressão simbólica à natureza de sua autoimagem masoquista de ser o azarão subserviente em casa, no cumprimento das rígidas regras aplicadas por seus pais e de seu sentimento reprimido ameaçando as atuais relações com objetos bons.

Outro exemplo dessa dupla utilização do processo primário ocorre quando ela segue o carro do irmão, que está liderando a saída do caminho. Através do símbolo do carro (no sentido

psicanalítico clássico) há uma expressão disfarçada de esforços fálicos e inveja do pênis. Mas, na expressão simbólica, o irmão está como ego ideal, um ideal de rebelião que pode representar o caminho para sair do cumprimento forçado às regras na família e de sua fúria destrutiva resultante. Ainda representado por meio de suas associações está o medo de seguir muito de perto os passos do irmão, ou seja, o medo de ser o rebelde.

Por fim, um aspecto importante do estudo de Roland (1972) a ser sublinhado é que, na clínica das neuroses, o paciente já possui uma maturidade que lhe possibilita a simbolização e o uso de mecanismos psíquicos dos processos primário e secundário.

2.2 A REGRESSÃO NO SONO E AS FASES ONTOLOGICAS DA INFÂNCIA

O estudo de Lewin (1948) ilustra uma relação entre a regressão no sono e a retomada das fases ontológicas da infância em seus primeiros relacionamentos com o seio materno. De antemão, o autor concebe o conceito de *tela do sonho* para explicar um tipo de sonho visualmente em branco, observado anteriormente por Ferenczi (1934) e Isakower (1938). Descreve a tela do sonho como um fundo branco sobre o qual a imagem do sonho é projetada, de forma análoga ao que ocorre com o filme na tela do cinema. Ela torna-se imperceptível ao sonhador diante de seu interesse nas ações projetadas, contudo ocasionalmente ela emerge, sobrepondo-se ao interesse nas imagens.

Na argumentação, partindo da ideia de Freud (1933a) de que as peculiaridades na forma da manifestação dos sonhos têm a sua origem no conteúdo latente, Lewin propõe que “[...] a tela do sonho tem um significado definido em si próprio, ela representa a ideia de ‘sono’, é o elemento do sonho que denota o cumprimento do desejo de dormir” (1948, p. 224). Para além disso, a tela do sonho “[...] representa o seio materno, geralmente achatado, como a criança pequena pode perceber ao adormecer. No sono, parece ser o equivalente ou a continuação da mama alucinada em certos estados do preadormescer” (p. 224). Isto porque, no desenvolvimento da tenra infância, cada adormecer, psicologicamente, repete os eventos que ocorrem no bebê quando ele cai no sono após a amamentação (Eisler, 1922). Assim, segundo Lewin, a tela do sonho aproximar-se-ia ao estado da mente do bebê durante o sono.

O sonho prototípico seria visualmente em branco e consistiria apenas na tela do sonho, isto é, da superfície achatada da mama logo após a amamentação (ou o seu equivalente), mais

quaisquer sensações elementares perturbadoras que podem entrar a partir de outros campos externos ou internos da percepção (1948, p. 224).

Em análise, Lewin considera que os sonhos com este tipo de conteúdo são realizações completas do desejo de dormir no seio materno após a amamentação, mesmo quando ocasionalmente ocorrem em adultos. O elemento de repetição desses sonhos representa o pensamento latente de repetidas experiências de alimentação.

Por outro lado, Lewin (1948) concebe o sonho esquecido ou de sua recuada ao acordar como uma repetição da retirada da mama. Mesmo considerando que, na literatura psicanalítica, o acordar tenha sido interpretado como um renascimento ou uma reconstrução do ego desde o início (Federn, 1934), o autor insiste em que, enquanto um fenômeno libidinal, a repetição da retirada da mama é semelhante ao despertar com fome da criança pequena, que tenha ido dormir lembrando o gosto da mama ou do leite e que perde a presença do objeto sólido, que está deslizando para longe, afastando-se ou escorregando a partir da boca.

Para ilustrar a recuada do sonho, Lewin (1948) usa um evento ocorrido na sessão de uma paciente, conforme relata:

‘Eu tinha meu sonho todo pronto para você, mas enquanto eu estava aqui deitada a olhar para ele, ele foi rodopiando e rodopiando foi para longe de mim - mais e mais como dois copos’. A meu pedido, ela repetiu várias vezes essa descrição, para que eu pudesse compreender a essência de sua experiência, a saber, que a tela de sonho juntamente com o sonho havia se afastado [...] como um tapete ou uma tela suspensa, rodopiando e se afastando com o movimento rotativo de dois copos (p. 224-225).

Na compreensão do autor, a tela de sonho rodopiando para longe foi o evento final no despertar por completo da paciente. Isso porque ele entende que o esquecer ou recordar pertencem ao sonho em si e podem ser analisados como um elemento do sonho manifesto. Além disso, a análise de outros sonhos mostrou que o rodopiar da tela do sonho para longe pode também representar uma resistência bem-sucedida do sonhador contra o seu desejo de estar dormindo e/ou da recordação de ideias a respeito de sua mãe e do seu seio.

Em Lewin (1948), o seio refere-se à percepção da criança, é o que ela experimenta nos lábios ou na boca. Em muitos sonhos, a tela aparece como um copo, *slides* de lanterna mágica, comida em vidros etc. O fato essencial é que a mamadeira ou qualquer outro objeto será visto pelo bebê apenas depois do seio e do leite materno (ou equivalente). Mais tarde, os bebês

chuparão os dedos, os pés, suas roupas e assim por diante; entretanto, a partir da perspectiva do bebê, estes já serão vistos em termos de satisfação e frustração.

Para explicar o ato de esquecer, Lewin entende que, em geral, com o objetivo de lembrar-se do sonho, o sonhador usa papel, gravador e outros objetos para registrá-lo. Contudo, no mais das vezes não consegue ler em função dos garranchos, ou ouvir a gravação por esquecer de ligar o gravador e outros eventos que acabam impedindo de reaver o sonho. Nesses casos, o autor pensa que o papel, gravador e outros objetos são os representantes da tela de sonho, que pode ser preservada enquanto que o conteúdo é submetido a uma maior distorção e mais ou menos apagado. O sonhador que estraga ou apaga o registro tem dois motivos: quer destruir ou censurar o conteúdo do sonho e deseja preservar a tela de sonho. O desejo de preservar a tela de sonho é o mesmo desejo que, sob outras condições, produz o sonho em branco, qual seja, dormir no seio materno.¹⁰

Lewin (1948) concebe o dormir como uma ação oralmente bipolar. Nas alucinações hipnagógicas de mama, o dorminhoco não só engole, mas é engolido, isto é, ele é envolvido pela expansão da mama, recordado mais tarde em muitos sonhos de naufrágio, em suaves substâncias fluidas. Por outro lado, um sonho visual repete a precoce impressão do bebê de estar acordado - os olhos estão abertos e veem, isto é, ver representa estar acordado. Isso acontece da mesma maneira no trabalho do sonho: cada elemento inconsciente é pré-catequizado, é como se estivesse acordado ou potencialmente acordado.

Em sua conclusão, na predominância de elementos visuais nos sonhos, Lewin (1948) reafirma a explicação freudiana de que os pensamentos oníricos latentes são, em parte, moldados pelos primeiros traços de memória inconscientes que existiam apenas em forma visual e a regressão a esses vestígios impõe a forma visual em pensamentos oníricos (p. 230). A forma visual, embora entendida como uma repetição de um elemento formal em experiências primárias, não contradiz a possibilidade de interpretação do conteúdo.

¹⁰ Lewin (1948) descreve um sonho relatado por um paciente de Isakower (1938). O sonhador registrou seu sonho, que ocorreu quando estava perto de acordar, sob o título 'O sonho de um pedaço de filme'. No conteúdo visual do sonho, o paciente relata: "[...] eu parecia ter uma tira de algum material escuro e bastante macio (quase gelatinoso) enrolado em torno de um dos meus dedos. Eu coloquei minha mão debaixo de uma torneira com água corrente e a tira do material foi lavada" (p. 426). O paciente acrescenta que a tira tinha a forma de um pedaço de fita adesiva Scotch, que é arrancada do rolo de uma forma irregular, de modo que sua extremidade fica irregular. Mais ou menos uma hora depois de acordar, ocorreu-lhe que a tira no sonho era como um pedaço de filme fotográfico e que lavá-lo era uma representação do processo de esquecer-lo, associando tal reflexão a uma experiência desastrosa que teve na revelação de um filme, em que as bolhas de emulsão saíram na lavagem da fita fotográfica, deixando as imagens apenas com um azul pálido.

Em sua contribuição com o *Desenvolvimento emocional primitivo* (1945d), Winnicott concebe que é a partir de uma *não integração primária* que a integração, em suas variadas formas, vai sendo conquistada gradativamente no acontecer do amadurecimento. Mas, sobretudo pelo fato de a integração não se dar completamente, o problema da *não integração* acarreta outro, o da *dissociação*.¹¹ Por exemplo, não se pode dizer que, desde o início, o bebê esteja consciente de que, nos momentos tranquilos, ele é o mesmo que pouco antes berrava, possuído pela urgência de que fosse imediatamente satisfeito pelo leite, assim como ainda não sabe que a mãe dos momentos de quietude é, ao mesmo tempo, a mãe dos estados de excitação.

Não há ainda uma integração entre a criança que dorme e a criança acordada, o que só acontecerá no decorrer do tempo. Quando os sonhos são recordados e mesmo revelados a outra pessoa, a dissociação é em certa medida desfeita. Conforme Winnicott, há pessoas que jamais se lembram clara ou parcialmente de seus sonhos. As crianças, por exemplo, dependem muito do adulto que lhes cuida, para tomar consciência de que seus sonhos sejam prazerosos e/ou angustiantes e aterrorizantes. Muitos pacientes, análogo às crianças, precisam de alguém que os ajude a lembrar com que sonharam. Diz o autor: “Quando um sonho é não apenas sonhado, mas *também* relembrado, ocorre uma experiência de grande valor exatamente pelo fato de que assim a dissociação perde mais um pedaço” (1945d/2000, p. 226. Grifo no original).

Por mais complexa que seja a dissociação num indivíduo, em Winnicott, “[...] o fato relevante é que ela pode originar-se na alternância natural entre os estados de sono e vigília, iniciados no nascimento. A vigília do bebê pode ser melhor descrita como uma gradual dissociação em relação ao sono” (1945d/2000, p. 226). Aqui repousa o conceito winnicottiano da elaboração imaginativa das funções corporais, conforme reafirmado em outro texto: “[...] devemos considerar que está havendo, desde o início, uma forma rudimentar do que chamaremos, mais tarde, de imaginação. Isso nos possibilita dizer que o infante ingere com as mãos e com a pele sensível da face, tanto quanto o faz com a boca” (1956/1999, p. 21).

¹¹ Para ajudar na compreensão do fenômeno da dissociação, na carta de 1961 escrita para M. Khan, Winnicott explicita que a palavra integração descreve a tendência de desenvolvimento e a conquista de uma unidade. A integração adquire uma dimensão temporal. Ao estado anterior à integração chama-o de *não integração*. Este descreve um estado primitivo ou um estado que está clinicamente associado com a regressão à dependência. Já em 1988, Winnicott assinala que, à medida que o desenvolvimento se processa, o indivíduo pode absorver a cisão que existe na personalidade e, nesse caso, o estar dividido é chamado de dissociação. Esse termo descreve uma condição da personalidade relativamente bem desenvolvida, na qual há uma excessiva falta de comunicação entre os diversos elementos.

Assim, a experiência de alimentação *imaginativa* é mais ampla do que a experiência puramente física. Para o autor, “[...] a experiência *total* de alimentação pode rapidamente envolver uma relação rica com o seio materno ou com a mãe, quando esta passa a ser gradualmente percebida, e o que o bebê faz com as mãos e com os olhos amplia o âmbito do ato alimentar” (1956/1999, p. 21-2. Grifo no original). Donde entende que a alimentação de um bebê sendo conduzida de forma mecânica, além de não ser uma experiência enriquecedora para o bebê, interrompe a sua sensação de seguir existindo, torna-se tão somente uma atividade reflexa sem nenhuma experiência pessoal.

Winnicott, então, questiona: “Vocês já viram um infante sugando o dedo, ao mesmo tempo em que é amamentado satisfatoriamente? Eu já. E alguma vez já viram um sonho se movendo?” (p. 22). Então, explicita: “Quando o infante suga pontas de pano, o edredom ou uma boneca, isso representa um transbordamento da imaginação, tal qual ela é, imaginação estimulada pela função excitante central, que é a alimentação” (1956/1999, p. 22).

No início, a elaboração imaginativa das funções corporais, ativa desde o nascimento, em uma forma bastante rudimentar da imaginação se utiliza de relações exploratórias com os objetos antes mesmo de o bebê descobrir que eles existem. “São, como diz Winnicott, ‘hábitos excedentes’, que excedem, extravasam as funções fisiológicas, dando-lhes uma amplitude que as tornará padrões para futuras funções psíquicas” (Naffah Neto, 2012, p. 45).

A contribuição winniciotiana permite-nos ressaltar que, enquanto em Lewin (1948) o chupar os dedos, os pés, suas roupas e assim por diante, a partir da perspectiva do bebê, são vistos em termos de satisfação e frustração, em Winnicott, todo gênero de coisas que um bebê faz enquanto mama corrobora o fato de que ele está se alimentando, não apenas sendo alimentado, está vivendo uma vida e não apenas reagindo a estímulos.

Essas atividades são um sinal de que a criança está presente e confiante no relacionamento com a mãe: “O bebê está apto a usar objetos que são simbólicos, como diríamos da mãe ou de alguma qualidade da mãe, e é capaz de sentir *prazer* em ações que são meramente *lúdicas*, muito distante do ato *instintivo*, ou seja, da alimentação (1956/1999, p. 23. Grifo do original). Winnicott aponta ainda para a experiência total do bebê: “Vocês já pensaram alguma vez que a sensação global, chupar o dedo, a ponta de um pano, abraçar a boneca de pano, é a primeira manifestação infantil de comportamento afetivo? Pode alguma coisa ser mais importante que isso?” (p. 22-3).

2.3 ELEMENTOS FORMAIS DO SONHO E OS ESTADOS REGRESSIVOS NA SITUAÇÃO ANALÍTICA

Por outro lado, os estudos de Federn (1934), Grotjan (1942), Jekels (1945) e Scott (1956), grosso modo, tratam dos estados regressivos do paciente sob o viés das oscilações do sono e da vigília na situação analítica, do desejo de cura, da função de acordar e da disposição de manter-se desperto e fazer associações livres. Para esses autores, o desejo de dormir e o de acordar são necessidades naturais do homem e a função do acordar é inerente a todos os sonhos, chegando a constituir-se sua principal atribuição. Jekels (1945) pressupõe uma correlação entre a função de acordar e a restituição do ego nos estados esquizofrênicos, nas atividades de ego nos sonhos e nos processos de adormecer, pela qual o analista assume o papel de restituição do ego do paciente.

Para explicitar essa correlação tomemos, por exemplo, uma descrição de Winnicott a respeito de uma de suas pacientes, a Sra. H., que sofria de uma grave neurose, incluindo uma constipação de elevado grau. O autor descreve que:

No tratamento dessa paciente, caracterizado pela catarse, ela deitava-se e dormia, e subitamente acordava em meio a um pesadelo. Eu a ajudava a acordar repetindo muitas vezes as palavras que ela havia dito durante o intenso ataque de ansiedade. Desta forma, quando acordava, eu lhe permitia manter contato com a situação de ansiedade, e assim recordar-se de todo tipo de incidente traumático desde a sua mais tenra infância (1958f/2000, p. 259).

Há ainda a contribuição winnicottiana que trata da destruição nos sonhos na infância. Winnicott (1964d) assinala o papel da mãe nos casos em que o sonho, por conter uma destruição excessiva, envolve uma séria ameaça aos objetos sagrados ou à possibilidade de sobrevir o caos; então, a criança *acorda* gritando. “Neste momento, a mãe [...] ajuda a criança a *despertar* do pesadelo para que a realidade externa possa exercer uma vez mais sua função tranquilizadora. Esse processo de *despertar* pode constituir também uma experiência estranhamente satisfatória para a criança” (1964d/1999, p. 106. Itálicos nossos).

O conceito winnicottiano de *caos* ajuda a clarear quando e como a função do analista opera na restituição do ego e na reconstituição da ordem interior. O caos é definido como uma quebra na linha do ser, cuja recuperação ocorre através de uma revivência da continuidade. Mas, se o padrão da falha ambiental é de interrupções que ultrapassem o limite do tolerável

pelo bebê ou pela criança, então, uma quantidade de caos passa a fazer parte da constituição do indivíduo.

O fato relevante é se a ocorrência do caos se dá nas fases emocionais anteriores ou posteriores à conquista do *status* unitário e do concernimento, pois isso vai determinar exigências diferentes da função do analista e da ambiência do contexto analítico. Por exemplo, Winnicott explicita que o caos que se dá no mundo interno do paciente “[...] é um fenômeno mais tardio [...] consiste num estado organizado derivado do sadismo oral pertencente à vida instintiva de um ser humano que já alcançou o *status* de unidade, possuindo um interior e um exterior” (1988/1990, p. 158). Neste tipo de caos interno encontram-se as ansiedades hipocondríacas, assim como um tipo de depressão, que implica um controle mágico sobre todos os fenômenos internos, ambos exigindo a reconstituição da ordem interna. Em geral,

O caos no mundo externo engendrado por um paciente depressivo representa a tentativa do indivíduo de mostrar como é seu interior. A defesa contra este procedimento pode levar o indivíduo a tornar-se obcecado pela necessidade de ordem no mundo externo, como ocorre na neurose obsessiva; mas o comportamento obsessivo aponta, o tempo todo, para o caos interno, o que torna a ordem obsessiva incapaz de curar, já que ela lida apenas com a representação externa da negação do caos interior (1988/1990, p. 158).

Na saúde, à medida que o desenvolvimento prossegue, o indivíduo pode absorver a cisão que existe na personalidade e, nesse caso, o estar dividido é chamado de dissociação. Ao tratarmos da área da cisão, contudo, o caos já não tem significado, pois aí ainda não existe qualquer ordem estabelecida. Na ausência de um cuidado ambiental suficientemente bom, Winnicott pressupõe que “[...] a cisão se torna significativa, com os seguintes resultados: a) na raiz do verdadeiro *si-mesmo* permanecer onipotentemente no mundo subjetivo, incomunicável e b) no falso *si-mesmo* baseado na submissão relacionar-se apenas com a realidade externa” (1988/1990, p. 158).

Nesses casos, a função do analista volta-se não para a restituição da ordem, mas aos cuidados necessários à constituição e integração do ego do paciente. Na tarefa analítica, o analista assume o papel de ego auxiliar do paciente. E isso se dá analogamente à função da mãe de ego auxiliar do bebê, tornando o ego do bebê forte e estável.

2.4 O SONO, O SONHO E SUA RELAÇÃO COM A SITUAÇÃO ANALÍTICA

No percurso do uso analítico do sonho, o debate da situação analítica e sua relação com o sono e o sonho, iniciado na década de 30, amplia-se nas décadas de 40 a 60 e persiste até os dias atuais. Os estudos giram em torno da configuração da situação analítica: por um lado, evidenciam os fatores favorecedores dos estados regressivos do paciente e da produção de fantasia inconsciente, tais como o enquadre do *setting* analítico, o processo de associação livre e a neurose de transferência, e, por outro lado, tratam da configuração da situação analítica e o do papel do analista em relação aos estados intrapsíquicos e regressivos do paciente na análise.

Desde Freud, a situação analítica é definida, basicamente, como uma relação entre duas pessoas para realizar uma tarefa determinada (a exploração do inconsciente do paciente), as quais se atêm a certas regras de comportamento e com os dois papéis bem definidos: o analista e o paciente. Mas, de modo geral, na psicanálise, a definição da situação analítica leva em conta uma diferença entre a situação e o processo analítico, derivando daí, a grosso modo, o entendimento de que a análise ou o tratamento tem um lugar na situação analítica (Etchegoyen, 1987). Há ainda uma outra diferença. Por exemplo, em Guitelson (1952), a situação analítica é descrita como a configuração total das relações interpessoais dos eventos interpessoais que se desenvolvem entre o psiquiatra/analista e seu paciente; já em Lagache (1951), usando o termo ambiente ao invés de situação, o ambiente analítico é o conjunto e a sequência das condições materiais e psicológicas nas quais se desenvolvem as sessões de psicanálise (Etchegoyen, 1987).¹²

Historicamente, acerca das origens genéticas do *setting* analítico, autores como Lewin (1950), Malcapine 1950), Fliess (1953), Gill e Brennan (1959) e Khan (1962) entendem que foi pela análise dos próprios sonhos e pela empatia com as experiências clínicas dos seus pacientes

¹² O debate persiste até os dias atuais e perpassa as várias abordagens psicanalíticas; por exemplo, para Winnicott, “[...] a psicanálise não se resume a interpretar o inconsciente reprimido; é, antes, o fornecimento de um contexto profissional para a confiança, no qual esse trabalho possa ocorrer” (1970/1999, p. 108). Assim, a ambiença do contexto analítico ganha importância central no atendimento a pacientes psicóticos, sobretudo quando regredidos. Outras abordagens debruçam-se sobre desdobramentos da noção de campo dinâmico, proposta por Willy e Madeleine Baranger, no qual se dá o encontro analítico. Entre elas, podemos citar o estudo de Antonino Ferro (2009), em que ele discorre sobre a concepção de uma sessão como uma realidade virtual, em que a operação central é a transformação no sonho. As raízes teóricas da concepção ferriniana fincam-se no conceito de campo e seu desdobramento, como um campo holográfico onírico em constante expansão, da evolução das ideias de Bion e das contribuições da narratologia.

Quanto à noção de ambiença do contexto analítico, nos atemos brevemente apenas para contextualizar a contribuição winniciotiana ao uso analítico do sonho, uma vez que suas especificidades e complexidade fogem ao escopo desta pesquisa, assim como a noção de campo dinâmico e seus desdobramentos exigiriam um estudo a parte.

nas situações hipnóticas e cartáticas do tratamento que Freud recriou uma ambiência física e psíquica no *setting* analítico que corresponde, de modo significativo, àquele estado intrapsíquico presente na pessoa que sonha e que conduz a um sonho analisável.

Lewin (1955) retrata uma correlação existente entre a situação analítica, a situação hipnótica e o estado de sono. O autor entende que a situação analítica, geneticamente, é uma situação hipnótica alterada pelo fato de que o sono, embora tenha sido excluído da situação analítica, retorna pelo método de associação livre. Nessa condição, o paciente se deita não para dormir, mas para associar; o narcisismo do sono coincide com o narcisismo do divã, o texto onírico manifesto coincide com o material analítico manifesto e a formação do sonho compara-se com a formação situação-analítica.

Essa ambiência possibilita ao analisando reexperimentar, psiquicamente, por meio da neurose de transferência, os distúrbios inconscientes e estados de enclausuramento que distorcem o funcionamento egoico e inibem a afetividade. Todavia, tal reexperimentação só é possível se houver um analista que se disponha a servir de objeto e empreste o apoio de seu ego, a fim de ajudar o paciente a expressar-se e perlaborar os conflitos pessoais até alcançar, terapeuticamente, o ponto de autointegração.¹³ Em contrapartida, segundo esses autores, na analogia entre situação analítica e uma situação-sonho (LEWIN, 1955), o analista assume o papel de ego do dorminte na articulação do trabalho do sonho.¹⁴

¹³ Para Laplanche e Pontalis, em *Recordar, repetir, perlaborar* (1914), a perlaboração constitui um fator propulsor do tratamento analítico. Elencam algumas de suas características: a) a perlaboração incide sobre as resistências, b) sucede geralmente à interpretação de uma resistência, que parece não produzir efeito; neste sentido, um período de relativa estagnação pode encobrir esse trabalho eminentemente positivo, e c) permite passar da recusa ou da aceitação puramente intelectual para uma convicção fundada na experiência vivida (*Erleben*) das pulsões recaladas que ‘alimentam a resistência’ (1987/1992, p. 339-40). Em *Inibição, sintoma e angústia* (1926) Freud introduz uma distinção tópica entre resistência do id e resistência do ego que lhe permite dizer que: “[...] o recalque não se dissipa depois de superada a resistência do ego; há ainda que ‘vencer a força da compulsão à repetição, a atração exercida pelos protótipos inconscientes, sobre o processo pulsional recalado’; é nisso que se baseia a necessidade de perlaboração” (p. 349). Laplanche e Pontalis, então, definem a perlaboração como o processo suscetível de fazer cessar a insistência repetitiva própria das formações inconscientes, relacionando-as com o conjunto da personalidade do sujeito (p. 340). In: Laplanche e Pontalis (1987). *Vocabulário da Psicanálise*. Tradução: Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

¹⁴ Na proposta bioniana, a situação analítica ganhará uma nova roupagem teórica. Em Bion, o sonhar acontece na vigília assim como no sono noturno, pois, a grosso modo, o sonhar está na base do pensamento que resulta da elaboração ou transformação de elementos β em elementos α . Isto é, os elementos β são vivências sensuais/sensoriais que somente quando transformados em elemento α podem ser reprimidos e tonarem-se inconscientes. Na análise, conforme Ogden (2003), a meta é a criação de condições nas quais o analisando possa ser mais capaz de sonhar seus sonhos sonhados, os não sonhados (inimagináveis) e aqueles interrompidos (pesadelos). Na situação analítica, há um sonhar conjunto do analista e do analisando. Diz o autor: “[...] os sonhos do analista (seus devaneios na situação analítica) não são desde o princípio nem exclusivamente seus nem do paciente, e sim os sonhos de um terceiro sujeito inconsciente que é ambos e nenhum deles, paciente e analista” (p. 23). Durante a participação no sonhar dos sonhos sonhados, não sonhados e interrompidos do paciente, o analista vem a conhecer o paciente de um modo tal e em uma profundidade tal que lhe permite dizer algo ao paciente que

Todavia, as mudanças mais importantes a respeito da situação analítica advêm do momento em que a resistência do paciente é devidamente analisada, tendo-se em vista que, com a rememoração consciente, novas áreas da atividade psíquica ficaram ao alcance do processo terapêutico. Por exemplo, o que até então fora visto apenas como a influência restritiva da censura na formação do sonho (Freud, 1900a) passava a ser clinicamente acessível como uma resistência no paciente ao processo analítico, além de vir a fornecer informações das funções patogênicas do superego arcaico e sadista em gravíssimas neuroses de caráter (Khan, 1962).

Nas décadas de 40 e 50, surgem novas exigências à situação analítica diantes das dificuldades daqueles pacientes que, embora possam entender intelectualmente os requisitos necessários ao tratamento analítico, afetivamente não conseguem usá-los. Por exemplo: congelam-se em vez de fazerem associações livres e/ou apegam-se regressivamente a vários elementos do *setting* e à pessoa do analista (Fliess, 1953). Não são capazes de estabelecer uma aliança terapêutica (Zetzel, 1956), nem uma neurose de transferência (Stone, 1947, Sterba, 1957) com que se possa trabalhar e constantemente ocorre uma confusão regressiva e as fronteiras entre *self*, analista e *setting* tornam-se indistintas (Khan, 1962). Entre esses pacientes destacam-se: os fronteiriços (Greenacre, 1954a; Stone, 1954), personalidades esquizoides (Fairbairn, 1940; Khan, 1963), neuroses narcísicas (Reich, 1950), personalidades ‘como se’ (Deutsch, 1942), distúrbios de identidade (Erikson, 1959; Greenson, 1958), vítimas de ‘defeito específico de ego’ (Gitelson, 1958), falso *self* (Winnicott, 1956; Laing, 1960), falha básica (Balint, 1960) etc. (Khan, 1977, p. 53).

Uma importante mudança na ambência da situação analítica é, então, preconizada. Esses tipos de pacientes dependem muito mais do cuidado materno baseado na empatia do analista do que na compreensão do que é ou poderia ser verbalmente expresso. Em Winnicott, a situação analítica define-se, então, por uma provisão ambiental total anterior ao conceito de *viver com*, tendo-se em vista que “[...] a expressão “viver com” implica relações objetais, e a emergência do lactente do estado de estar fundido com a mãe, e sua percepção dos objetos como externos a ele próprio” (1960/1983, p. 44. Grifo no original). Na clínica desses pacientes, a linguagem transferencial da situação analítica muda em sua natureza para uma forma de experiência mais primitiva, semelhante à situação do cuidado infantil.

seja verdadeiro para a experiência emocional consciente e inconsciente que está ocorrendo no relacionamento analítico naquele momento.

A respeito dessa mudança podemos assinalar o estudo *Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico* (1955d), no qual Winnicott trata da regressão em três grupos de pacientes, a saber: dos neuróticos, depressivos e dos psicóticos.¹⁵ Para os dois primeiros grupos, a indicação da técnica não difere daquela adequada aos pacientes neuróticos; no entanto, para os depressivos, o elemento importante é a sobrevivência do analista na condição de fator dinâmico.¹⁶

Já para o terceiro grupo, o dos psicóticos, cujas demandas pertencem às fases iniciais do desenvolvimento, remotas e anteriores à aquisição do *status* de unidade em termos de espaço-tempo, Winnicott concebe o fenômeno da regressão enquanto um retorno à dependência dos cuidados ambientais, à fase exata da ocorrência da situação da falha traumatogênica. Diz o autor: “Evidentemente, estou considerando que a ideia da regressão implica um mecanismo de defesa do ego muitíssimo organizado, do qual faz parte a existência de um falso *si-mesmo*” (1955d/2000, p. 378).¹⁷ Ao mesmo tempo, subjacente à defesa, é como se houvesse uma expectativa de que surja uma nova condição que justifique a regressão para que ocorra o desenvolvimento, que havia sido interrompido pela falha ambiental. Em outros termos, a expectativa do paciente de uma nova oportunidade da situação de falha ser revivida num ambiente especializado, o contexto do *setting* analítico.

Winnicott traça uma comparação exemplar entre a ambiência do contexto analítico para os pacientes neuróticos, depressivos e o manejo da regressão em pacientes psicóticos. Para o neurótico e/ou o depressivo, o divã e as almofadas estão lá para que o paciente os use. Esses aparecerão em pensamentos, sonhos e em associações, representando o corpo do analista, seus seios, braços, mãos etc., numa infinita variedade de formas; enquanto que, “[...] para o psicótico, na medida em que o paciente está regredido, o divã é o analista, os travesseiros são os seios, o analista é a mãe em certa época do passado. Aqui já não se pode dizer que o divã representa o analista” (1955d/2000, p. 385). Para o neurótico e o depressivo pode-se dizer do desejo do paciente, por exemplo o desejo de ficar quieto, enquanto que, com o paciente regredido, no lugar do desejo está o termo necessidade. Se um paciente regredido precisa de

¹⁵ Importa assinalar que, embora não esteja mencionado nesse texto, há ainda o antissocial, cuja falha ocorre quando a criança já tem a percepção que se trata de falha ambiental. Para estes a ambiência e o manejo têm singularidades próprias para o tratamento analítico, contudo elas fogem ao escopo deste projeto de pesquisa.

¹⁶ Os depressivos agrupam aqueles pacientes em que a personalidade recém começou a integrar-se e a tornar-se algo com o qual se pode contar; a análise tem a ver com os momentos inerentemente subjacentes à aquisição do *status* de unidade, à junção do amor e do ódio e ao reconhecimento incipiente da dependência, ou seja, da análise do estágio do concernimento.

¹⁷ O falso *si-mesmo* é uma organização defensiva que se torna protetora do *si-mesmo* verdadeiro. Caracterizada pela mimetização e submissão ao ambiente, conforme será aprofundada nos capítulos III e IV.

silêncio e a necessidade não é satisfeita, a consequência não é raiva, o que aflora é o sentimento de inutilidade.

De outro lado, diz o autor: “O paciente regredido está à beira de reviver situações de sonho e da memória. A atuação do sonho pode ser o modo pelo qual o paciente descobre o que é urgente. Falar sobre o que foi atuado pode seguir-se à ação, mas não pode precedê-la” (1955d/2000, p. 385). Este é um aspecto fundamental que caracteriza o uso analítico do sonho relativo às fases iniciais do amadurecimento que, ao ser irreconhecido, pode levar à consideração de que, para esses pacientes, os sonhos mais vívidos têm apenas um efeito de ressaca persistente durante a vida de vigília ou, ainda, que o chamado *acting-out* dos sonhos está relacionado como estar tendo um sonho ou *living-out* de fantasias e impulsos inconscientes (Blum, 1976).

Mais ainda, como a regressão à dependência faz parte da análise dos fenômenos da primeira infância, Winnicott diz: “[...] se o divã for molhado, ou o paciente se sujar ou babar, saberemos que tais coisas são inerentes e não, uma complicação. Não é de interpretações que se necessita aqui e, na verdade, qualquer fala ou movimento pode arruinar o processo e causar profunda dor ao paciente” (1955d/2000, p. 386).

Posto esse recorte, retomamos a reflexão sobre o uso analítico do sonho, no que tange à realização do desejo. Grosso modo, apesar de todas as questões debatidas, as regras da conduta técnica freudiana permanecem inalteradas no percurso psicanalítico. Blum (1976), por exemplo, reafirma que a utilização do sonho na situação analítica requer do paciente uma função adequada do ego, do superego e a manutenção de algum grau de autonomia. Mais do que recordar e relatar sonhos, o paciente deve ser capaz de fazer a associação livre, trabalhar a resistência e compartilhar cada vez mais o trabalho analítico com o analista (Loewenstein, 1963). A própria associação livre, como oscila entre regressão e progressão, exige do paciente a capacidade para o atraso do processo secundário, a aceitação da gratificação simbólica, a capacidade de imersão em fantasias substitutas e de conviver com reflexão realista.

Na argumentação de Blum (1976), os sonhos de paciente psicótico e do *borderline* encontram-se dentro do problema geral da analisabilidade da clínica freudiana, uma vez que o sonho em si se mostra mais como uma exibição narcisista ou um representante da primitiva transferência pré-edípica (simbiótica, narcisista, onipotente etc.) que domina a relação analítica. Em geral, são sonhos com pressupostos mágicos, de expectativas e são relatados sem quaisquer associações. Além disso, diz o autor, pacientes com prejuízos nas relações de objeto e realidade não são capazes de distinguir entre o sonho e os acontecimentos reais, relatam sonhos extraordinariamente vívidos que têm um efeito de ressaca persistente durante a vida de vigília.¹⁸

¹⁸ Importa assinalar que, na proposta klein-bioniana, com uma roupagem própria, a técnica e a situação analítica são as mesmas para os psicóticos como os neuróticos.

Por outro modo, Blum (1976) ressalta que o sonho, enquanto um processo ubíquo e universal, em si, não resolve a neurose. O sonho de ansiedade, por exemplo, pode descrever e ou recapitular um trauma que se repete em formas derivadas de outros fenômenos de transferência. O sonho se torna significativo como resultado de uma interpretação convincente e uma bem-sucedida reconstrução criativa no âmbito da técnica cuidadosa. Isto nos remete para Freud (1937/1939) quando este diz que na construção analítica temos que observar uma diferença entre a interpretação e a construção, conforme descreve:

Mas acho que ‘construção’ é de longe a descrição mais apropriada. ‘Interpretação’ aplica-se a algo que se faz a algum elemento isolado do material, tal como uma associação ou uma parapraxia. Trata-se de uma ‘construção’, porém, quando se põe perante o sujeito da análise um fragmento de sua história primitiva, que ele esqueceu [...]. (1937/1939/1996, p. 279).

A respeito, então, da tarefa do analista, Freud diz explicitamente: “[...] é a de completar aquilo que foi esquecido a partir dos traços que deixou atrás de si ou, mais corretamente de construí-lo” (p. 276). Na construção da história primitiva do paciente há uma importante contribuição do material dos sonhos, diz o autor:

Além disso, os sonhos trazem à luz material que não pode ser originado nem da vida adulta de quem sonha nem de sua infância esquecida. Somos obrigados a considerá-lo parte da herança arcaica que uma criança traz consigo ao mundo, antes de qualquer experiência própria, influenciada pelas experiências de seus antepassados. Descobrimos a contrapartida desse material filogenético nas lendas humanas mais antigas e em costumes que sobreviveram. Dessa maneira, os sonhos constituem uma fonte da pré-história humana que não deve ser menosprezada (1937/1939/1996, p. 180).

Com base nisso, conforme Blum (1976), a reconstrução analítica, a interpretação do sonho e a integração de outros materiais obtidos do paciente permitem o acesso à experiência infantil precoce, mesmo que os períodos pré-verbal e verbal sejam expressos por meios não verbais e psicossomáticos.

Já no que tange aos psicóticos e aos pacientes com necessidades e dificuldades anteriores ao *status* unitário e ao concernimento, a ambiciência do *setting* analítico ganha nova dimensão no tratamento analítico, nos moldes da maternagem e, como veremos a seguir, há um longo caminho a ser percorrido no amadurecimento para que os sonhos priorizem a realização do desejo e se formem através de mecanismos dos processos primário e secundário.

3 O SONHO QUANDO AS NECESSIDADES DO EGO SE SOBREPÕEM AO DESEJO

Neste momento, o estudo do uso analítico do sonho sai do campo do desejo e adentra o âmbito da necessidade. Com isso nos direcionamos aos primórdios do amadurecimento, pois é exatamente aí que se encontram os fundamentos teóricos que nos ajudam a pensar o problema deste projeto de pesquisa: o que é que, na análise, pode capacitar o paciente que não consegue sonhar, não consegue nem dormir, nem permanecer acordado, a finalmente conquistar o sonho? (Winnicott, 1960/1990, p. 114).

Para tanto, inicialmente, precisamos tratar de uma importante questão, qual seja: se, para Winnicott, o bebê ao nascer ainda não dispõe do sentido de tempo e espaço, não sabe de si nem do mundo, então como se dá sua constituição e o início de sua relação com o ambiente?

Em Winnicott, independentemente do tema a ser estudado, o caminho é adentrar pela *Teoria do Amadurecimento*, fundamento teórico e espinha dorsal da clínica winnicottiana. Essa teoria pressupõe que todo ser humano é dotado de “[...] uma tendência inata do indivíduo a crescer, a se integrar, a se relacionar com os objetos, a amadurecer” (1965h/1983, p. 125-6). Essa *tendência* não se faz por si, mas é exclusivamente pelo cuidado materno que recebe “[...] que cada bebê é capaz de ter uma existência pessoal, e assim começa a construir o que pode ser chamado de continuidade de ser. Na base da continuidade de ser, o potencial herdado se desenvolve gradualmente no indivíduo lactente” (1960c/1983, p. 53). O ambiente é constitutivo: o lactente e o cuidado materno juntos formam uma unidade, pertencem um ao outro e não podem ser separados. Ao longo do desenvolvimento, essa separação ocorre gradativamente à medida do amadurecimento do *eu* do bebê.¹⁹

Na base da saúde estão as primeiras e principais tarefas, dependentes absolutamente do cuidado ambiental, quais sejam: a integração no tempo e no espaço, o alojamento da psique no corpo, o início do contato com os objetos e a constituição do *si-mesmo* primário.

¹⁹Winnicott pressupõe que o desenvolvimento se processa em estágios ou fases com tarefas próprias que exigem níveis de dependência do cuidado ambiental segundo as necessidades e os modos de *ser* do bebê (indivíduo), bem como com a complexidade exigidas pelas fases de amadurecimento. Nos estágios primitivos, da dependência absoluta, encontram-se: a solidão essencial, a experiência do nascimento e o estágio da primeira mamada teórica. Nos estágios iniciais, de dependência relativa, estão: o estágio da desilusão e de inícios dos processos mentais, o estágio da transicionalidade, o do uso do objeto e o estágio do EU SOU. Após isso o bebê ou o indivíduo caminha em direção à independência com o estágio do concernimento. Na sequência, estão os estágios da independência relativa: estágio edípico, o de latência, a adolescência, o início da idade adulta, a adulteza, a velhice e a morte (Dias, 2012, p. 95).

No curso natural do desenvolvimento, essas tarefas se realizam de modo interdependente e mais ou menos concomitante. Isso porque, por exemplo, para dar início a um sentido de real e poder habitar um mundo real, o bebê precisa ser introduzido na ordem do tempo e do espaço. A espacialização se inicia pelo processo gradual de alojamento da psique no corpo, tornando-o a primeira morada do bebê. Este, então, residindo no corpo, pode começar a ocupar espaço, a dar concretude à presença, a ter distâncias e proximidades e vir a aceitar o caráter transitório daquilo que envelhece e morre (Dias, 2012). O contato com os objetos depende essencialmente da apresentação do mundo ao bebê, o que a mãe faz, inicialmente, em pequenas amostras. Ao mesmo tempo, à medida que essas três tarefas vão sendo realizadas e as conquistas organizadas entre si pelo funcionamento do ego, uma quarta conquista está se processando: a constituição do si-mesmo como identidade.²⁰

Winnicott trata da *integração*, que no ser humano assume uma ampla variedade de formas, sobretudo das que precedem ao intelecto e à verbalização. Com isto, o estudo do sonho e das alternativas do sonhar, enquanto experiências constitutivas e integrativas, leva-nos a aprofundar quatro conceitos fundamentais, interligados e concomitantemente implicados na integração e amadurecimento do *eu* do bebê (indivíduo), a partir das experiências vivenciadas no espaço da provisão ambiental (materna), quais sejam: criatividade primária/originária, a elaboração imaginativa das funções corporais, os objetos transicionais e os fenômenos transicionais e o brincar.

Assim, é importante assinalar que a confiabilidade cria um espaço, denominado potencial, entre o bebê e a mãe, no qual e pelo qual o bebê pode começar a ser, a descobrir e criar o mundo e a si próprio. Para resolver as primeiras e mais fundamentais tarefas, o bebê conta com a tendência inata ao amadurecimento e com o potencial criativo, ambos dependentes necessariamente de cuidados maternos suficientemente bons para que se desenvolvam em direção à integração num *status* unitário.

3.1 CRIATIVIDADE PRIMÁRIA – A EXPERIÊNCIA DE SER

Winnicott postula a existência de uma criatividade primária, cuja “[...] origem é a tendência geneticamente determinada do indivíduo para estar e permanecer vivo e para se

²⁰ Na resolução dessas tarefas são necessários cuidados maternos específicos a cada uma delas. Por exemplo, à integração no tempo e no espaço a exigência é de um segurar ou sustentar (*holding*); o alojamento da psique no corpo é facilitado pelo manejo (*handling*) relativo aos cuidados físicos; o contato com os objetos exige uma apresentação de objetos.

relacionar com os objetos que lhe surgem no caminho durante os momentos de obter algo, mesmo que seja da Lua” (1970/1999, p.26). Todavia, a criatividade potencial diz muito mais a respeito da sensação individual de realidade da experiência e do objeto do que pela originalidade de sua produção. Conforme Dias (2012):

Tanto nesse momento inicial como em qualquer fase posterior, a criatividade diz respeito [...] ao modo como o indivíduo se relaciona com o sentido de realidade que caracteriza um dado momento do amadurecimento; a isto se acresce, com o tempo, a capacidade de transitar pelos vários sentidos de realidade sem perder o contato com o seu mundo pessoal e imaginativo. Ao longo da vida, o indivíduo saudável continuará a exercer a criatividade de formas cada vez mais complexas, mas é sobre a criatividade originária que todo viver criativo pode ser construído [...]. (p. 162-3).

No estágio da chamada primeira mamada teórica, a atividade da amamentação é o foco central.²¹ Nesse momento, o mais importante é a qualidade do contato humano e a realidade das experiências que estão sendo providas ao bebê por meio da amamentação, em que se dá: “[...] o encontro de algo que o bebê não sabe ser um objeto e o início de uma comunicação muito peculiar com a mãe, irrepetível verbalmente, que é também o começo da mutualidade (Dias, 2012, p. 158-9). Tal como afirmado por Winnicott: “[...] quando mãe e bebê chegam a um acordo na situação de alimentação, estão lançadas as bases de um relacionamento humano. É a partir daí que se estabelece o padrão de capacidade da criança de relacionar-se com os objetos e com o mundo” (1968f/1999, p. 55).

Assim, para resolver as tarefas desse estágio inicial, o bebê conta com a criatividade primária e, impreterivelmente, da provisão ambiental na adaptação às suas necessidades. A criatividade se manifesta na tendência de elaborar os acontecimentos que atravessam o bebê. Para ele isso significa:

[...] de um lado descobrir seu corpo, criar suas partes, suas funções, atribuindo sentido imaginativo a tudo que diz respeito ao soma e, de outro, fazer gestos espontâneos, tocar, criar o mundo, relacionando-se ilusoriamente com ele, atribuindo sentido também ao ambiente (Laurentiis, 2016, p. 17).

Por meio do gesto excitado emerge a expectativa de encontrar algo em algum lugar,

²¹ A primeira mamada teórica é usada para referir-se à sequência das primeiras experiências concretas de amamentação. Esse estágio se dá durante os três ou quatro primeiros meses de vida do bebê. “Em Winnicott, como a ênfase está no processo do amadurecimento pessoal [...] o que está em questão não é a configuração das zonas erógenas iniciais ou a natureza da manifestação pulsional, mas o começo do contato com a realidade e o início da constituição de um *si-mesmo* que irá gradualmente integrar-se numa unidade (Dias, 2012, p. 158).

mas o bebê não sabe o que esperar e ainda não tem repertório para alucinar. Ao fazer um movimento, o bebê toca o ambiente, descobre-o. Ao encontrar o objeto, o bebê vive a onipotência, a ilusão de tê-lo criado, o objeto se torna subjetivo e o gesto (psicossomático) pleno de sentido. Precipuamente, é do padrão criativo dessa experiência que emerge o sentimento de real, de ser real e viver num mundo real. O bebê, então, pode viver num mundo de objetos subjetivos criados por ele. No reiterado encontro/criação sedimenta-se a ilusão de onipotência, e, mesmo quando o bebê cresce e se desilude, sabendo-se não onipotente:

[...] tudo que é construído na ilusão da onipotência permanecerá ao longo da vida na base de sua potência. Por outro lado, a mãe que não leva em conta os impulsos do bebê obsta ou atravessa suas possibilidades de contato, da construção de uma relação criativa com o mundo e de sua potência como ser humano (Laurentiis, 2016, p. 99).

Em alguma medida, até o momento tratamos, sobretudo, do início do acesso ao sentido de realidade do mundo subjetivo e às relações objetais com objetos subjetivos. Mas tal como Dias (2012) questiona: “[...] se para Winnicott o bebê ainda não existe como indivíduo unitário, como um eu, então, quem é, portanto, que estando num mundo, se encontra com objetos?” (p. 208). Isto nos leva, necessariamente, à constituição do *si-mesmo* primário.

Na vida do bebê, os momentos de vivacidade e excitação são precedidos, segundo Winnicott, de uma convergência aglutinadora do *si-mesmo* como um todo; a experiência de estar reunido em um *si-mesmo*, a partir do impulso criativo, é sentida como real. Dias (2012) entende que “[...] o encontro com objeto ‘realiza’ o estar vivo e a necessidade não apenas no sentido da satisfação, mas no de *tornar reais* a própria necessidade, o impulso, o gesto que sai em ‘busca de...’ e o algo que é encontrado” (p. 208. Grifo no original). Isto a leva a afirmar que, em Winnicott, “[...] a saúde emocional está relacionada à preservação, ao longo da vida, do impulso criativo: a experiência que a partir dele se inicia é integrativa e sentida como real; é o acúmulo dessas experiências que vão constituindo o si-mesmo primário na direção de uma identidade unitária” (Dias, 2012, p. 208).

Por outro lado, para Winnicott, essa ideia de alcançar o objeto só tem significado para um ser que esteja lá para *ser*. Isto porque um bebê que tenha nascido com deficiência cerebral pode alcançar um objeto e usá-lo, mas sem a experiência de ser criativo. Da mesma forma, o bebê normal precisa tornar-se um existente estabelecido para que possa experimentar a procura e o encontro de um objeto como um ato criativo. Diz o autor: “E então volto à máxima: Ser,

antes de Fazer. O Ser tem que se desenvolver antes do Fazer. E, então, finalmente, a criança domina até mesmo os instintos, sem perda de identidade do *si-mesmo*” (1970/1999, p. 26).

Nessa experiência, que Winnicott denomina de ser, o sentido da continuidade de ser ganha um novo sentido, o de ser como identidade. Esse senso de ser é algo que antecede a ideia de *ser-um-só-com*, porque ainda não existe nada mais do que a identidade. Ao encontrar-se com o objeto subjetivo, o bebê faz uma identificação primária com o objeto: ele torna-se o objeto, ele é o seio. Essa experiência de *ser* é denominada de ‘elemento feminino puro’ que está presente em homens e mulheres; enquanto o elemento feminino diz respeito a *ser*, o ‘elemento masculino puro’ relaciona-se com o *fazer*. Ao enunciar esta distinção entre ser e fazer, o autor tanto afirma a ideia de que o *si-mesmo* e o sentimento do real surgem do senso de se ter uma identidade quanto reafirma uma distinção entre objeto subjetivo e objetivo.²² Winnicott acrescenta:

[...] à medida que um bebê cresce, não surge qualquer senso de si-mesmo, exceto com base neste relacionamento no sentido de SER. Este senso de ser é algo que antecede a ideia de ser-um-só-com, porque ainda não existiu nada mais, exceto a identidade. Duas pessoas separadas podem *sentir-se* em união, mas aqui [...] o bebê e o objeto *são* um só. A expressão ‘identificação primária’ talvez tenha sido usada para designar exatamente isto que estou descrevendo, e estou tentando demonstrar quão vitalmente importante esta experiência é para o início de todas as experiências subsequentes de identificação. As identificações projetiva e introjetiva originam-se ambas deste lugar em que cada um é o mesmo que o outro (1966/1994, p. 140).

Para Winnicott, não é possível dizer de uma relação do elemento feminino com o seio sem o conceito de mãe suficientemente boa, tendo-se em vista que o seio aqui é um símbolo de ser.²³ Isto é, ao criar o seio, o bebê cria a si próprio como alguém que é, experienciando o estar

²² Do lado do elemento feminino, a identidade exige pouca estrutura mental, possibilitando que se constitua uma característica muito cedo, desde a data do nascimento; enquanto que, no que diz respeito ao elemento masculino, a identidade precisa basear-se em complexos mecanismos mentais, que requerem tempo para que se estabeleçam no aparelhamento psíquico do bebê. O relacionamento do elemento masculino com o objeto pressupõe a separação. Isto porque, quando a organização do ego já se acha disponível, o bebê concede ao objeto a qualidade de ser não-eu e separado e pode experienciar as satisfações do id, que incluem raiva relativa à frustração. Aí, então, a satisfação instintual, que realça a separação existente entre o objeto e o bebê, conduz à objetivação do objeto.

²³ Como o seio é repetidamente criado pelo bebê, desenvolve-se um fenômeno subjetivo que Winnicott denomina de seio da mãe. Em uma nota no texto de 1953c, explicita que nele: “Incluo toda a técnica de maternagem. Quando se diz que o primeiro objeto é o seio, a palavra ‘seio’ é utilizada, acredito, para representar tanto a técnica da maternagem quanto o seio físico” (1953c/1975, p. 26). A palavra seio, em Winnicott, não se refere a um objeto externo ou interno, tanto pelo fato de que o bebê ainda não é um indivíduo capaz de perceber objetos, como também porque, de sua perspectiva, nenhum objeto está destacado do ambiente total. Isto significa que, na experiência primária de identificação, “[...] o bebê torna-se idêntico aos cuidados que ele recebe: ele é o cuidado. Melhor dizendo: o bebê torna-se a confiabilidade desses cuidados. E de fato, pela repetição regular da experiência, ele irá incorporando esses cuidados ambientais como parte do si-mesmo (Dias, 2012, p. 210).

vivo e o ser real. Em termos dessa experiência criativa, na carta para Victor Smirnoff de 1958, Winnicott traz uma ilustração ímpar daquilo que chama de ‘base de iniciação da experiência’:

Estou sugerindo que o experimentar concreto não se origina diretamente nem da realidade psíquica do indivíduo nem dos relacionamentos externos do indivíduo. Isso pode parecer um tanto surpreendente, mas o senhor talvez compreenda o que digo se pensar num Van Gogh experimentando, isto é, sentindo-se real, enquanto pinta um de seus quadros, mas sentindo-se irreais em suas relações com a realidade externa e em sua vida interna retraída. Acho que essa ideia precisa muito de elaboração, mas esse é o tipo de coisa que estou tentando comunicar (1958/1990, p. 108).

Desse modo, a adaptação da mãe assume importância total para que o bebê tenha a experiência de sentir que ele é o seio, pois ou a mãe tem um seio que é, de maneira que o bebê também possa *ser*, quando o bebê e a mãe ainda não se acham separados na mente rudimentar daquele, ou, se a mãe for incapaz de efetuar esta contribuição, o bebê terá de desenvolver-se prejudicado em sua capacidade de ser (Winnicott, 1966/1994).

Em caso do fracasso materno, instauram-se as mais importantes distorções no curso do seu desenvolvimento. Winnicott relaciona o problema da criatividade primária a diversas questões clínicas, que se mostram relacionadas entre si, tais como:

a) à prática do manejo do bebê logo após o nascimento, b) à relação entre o relacionamento corporal excitado e tranquilo, c) o problema filosófico do significado da palavra real, d) à reivindicação da religião e da arte, considerando a ilusão como algo valioso por direito próprio, e) aos sentimentos de irrealdade das pessoas esquizóides e dos doentes esquizofrênicos, f) à alegação do psicótico de que o que não é real é real, a alegação da criança antissocial de que o que não é verdadeiro é verdadeiro e de que a dependência, que é um fato, não é um fato, a cisão essencial na esquizofrenia, cuja profilaxia se daria por um manejo adequado nas etapas mais primitivas do desenvolvimento e, g) ao conceito de criatividade primária e de originalidade absoluta, em contraposição ao de projeção de objetos e fenômenos previamente introjetados (1988/1990, p. 131-2).

De antemão podemos assinalar que o padrão das experiências vivenciadas na área da criatividade primária tanto constituem o indivíduo quanto embasam as experiências do sonho, das alternativas do sonhar presentes no brincar e na cultura. Por outro modo, as distorções produzidas pelo padrão de falha ambiental estarão subjacentes às organizações defensivas que tanto impedem e/ou dificultam o crescimento, o sonhar e o viver criativo.

3.2 ELABORAÇÃO IMAGINATIVA DAS FUNÇÕES CORPORAIS

Se não há fantasias desde o início da vida, o que está nas raízes do sonho? Neste ponto, o termo fantasia exige atenção, uma vez que o uso winniciotiano do termo difere da proposta de Freud, Klein e Bion. Na carta enviada a Victor Smirnoff, em 1958, Winnicott esclarece algumas de suas principais ideias²⁴, entre elas, a fantasia e a elaboração imaginativa das funções corporais:

Na teoria psicanalítica, geralmente se assume que o ego é um ego corporal, isto é, que a estrutura total da personalidade é construída sobre o funcionamento do corpo e sobre a fantasia que acompanha o funcionamento do corpo. Usei o termo ‘elaboração imaginativa da função’ para descrever essa teoria da fantasia e da realidade psíquica como sendo, em sua origem, uma elaboração da função. Um exemplo da função seria colocar o polegar na boca. Para o bebê humano, porém, essa função é elaborada. Ela nunca é tão simples. Significa ter o controle do polegar, o qual representa todos os outros objetos, que são dessa maneira reunidos e colocados em contato com a boca, etc. etc. Em outras palavras, a função tem um significado para o indivíduo, a princípio bastante simples, mas depois altamente complexo (1958/1990, p. 105-6).

Winnicott pressupõe o início do desenvolvimento da fantasia como uma elaboração imaginativa das funções físicas e que se torna complexo já no primeiro ano de vida.²⁵ A partir dessa reinterpretação, Loparic (2000) concebe que “[...] na origem, a fantasia não é, de modo algum, a fantasia da origem, mas é a *dação do sentido (Sinngebung)* aos movimentos do corpo” (p. 370. Itálicos no original). Com esta tese argumenta que a elaboração imaginativa originária, mesmo não se inscrevendo na dimensão representacional ou simbólica da natureza humana, é essencialmente relacionada ao sentido e um de seus principais resultados é a transfiguração do funcionamento corpóreo em comportamento humano. Isso porque, segundo o autor, Winnicott atribui um sentido gestual ou comportamental ao modo originário de operar da psique humana

²⁴ Nesta carta, Winnicott trata a respeito da tradução para o francês de seu texto *Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais* (1953c).

²⁵ O desenvolvimento se dá por simples elaboração imaginativa da distinção entre antecipação, experiência e memória, da experiência em termos de memória da experiência, da localização da fantasia dentro ou fora do *si-mesmo*, com intercâmbios e enriquecimento entre ambos, da construção de um mundo interno com um sentido de responsabilidade pelo que existe e ocorre lá dentro, e da separação entre consciência e inconsciente. Ao discorrer sobre a fantasia reprimida na psiconeurose, Winnicott (1961) assinala que não está falando sobre o fantasiar ou sobre a fantasia imaginada, mas “[...] na totalidade da realidade psíquica ou pessoal, certa parte consciente, na maior parte inconsciente e incluindo aquilo que não é verbalizado, imaginado ou ouvido de maneira estrutural, por ser primitivo e próximo das raízes quase fisiológicas” (1961/1994, p. 56). No texto de 1967, todavia, explicita uma distinção do uso que faz dos termos profundo e primitivo. O termo ‘profundo’ refere-se ao intrapsíquico, quando já há uma realidade psíquica pessoal, com fantasias inconscientes e conteúdos reprimidos, enquanto o termo ‘primitivo’ é relativo ao período inicial daquilo que não é verbalizado, ouvido de maneira estrutural e próximo das raízes quase fisiológicas (1967/1994, p. 442).

e a dação do significado operada pela elaboração imaginativa está relacionada com a criatividade humana.

Para tanto, Loparic argumenta que “[...] a primeira forma de relação do bebê com a mãe é precisamente o *gesto*. É o gesto, isto é, o *agrupamento sensório-motor* que *exprime o impulso espontâneo*. O próprio *gesto* espontâneo indica a existência de um *potencial si-mesmo verdadeiro*” (2000, p. 371. Itálicos no original). De tal modo, diz o autor: “[...] tanto a compreensão do sentido das coisas quanto a do sentido do próprio corpo e, por extensão, do *si-mesmo*, admitem uma interpretação e uma articulação posteriores, sem que seja preciso, para tanto, recorrer a qualquer sistema de signos ou de símbolos” (p. 372). Donde conclui que, desde o estágio mais precoce, a tarefa de elaboração é, inevitavelmente, uma tarefa de temporalização e de historiação, ou seja, de inserção do indivíduo numa história ao mesmo tempo pessoal e interpessoal (p. 376).

Nos sonhos próprios das fases iniciais do desenvolvimento, conforme Naffah Neto (2016), é necessário o recurso à noção, mais ampla, de elaboração imaginativa das funções corporais, da qual o sonho constitui uma das modalidades principais, segundo Winnicott (p. 6). Assim, em suas raízes, o sonho pode ser pensado como uma função ou *um expoente da elaboração imaginativa*, pelo qual as experiências do *si-mesmo* são integradas e historizadas ao longo do amadurecimento e no decorrer da vida do indivíduo.

Nas fases iniciais do desenvolvimento, os sonhos se unem, pois, à elaboração imaginativa e tratam das experiências criativas de constituição, integração e comunicação do indivíduo consigo mesmo e com o outro. Isso nos leva a dizer que, assim como os sonhos do bebê enquanto uma elaboração imaginativa das experiências vivenciadas no seu cotidiano, analogamente, para pacientes com dificuldades das fases mais primitivas, os sonhos procedem das experiências vivenciadas no contexto analítico e prosseguem nas tarefas e conquistas do amadurecimento.

Mas vejamos como opera a elaboração imaginativa das funções corporais, intimamente implicada com a criatividade originária, que só por questão metodológica pode ser descrita separadamente, na constituição do indivíduo, nas raízes do sonho e das experiências do sonhar. Winnicott trata das tarefas da elaboração imaginativa a partir dos estados excitado e

tranquilo, que se alternam constantemente no cotidiano do bebê, tendo como uma das principais tarefas o alojamento da psique no corpo, a denominada fase da personalização.²⁶

Nesse processo de elaboração imaginativa, a psique ocupa-se com os relacionamentos, tanto dentro do corpo quanto com ele e com os relacionamentos mantidos com o mundo externo (1988/1990). O corpo elaborado imaginativamente é o corpo vivo de um bebê que respira, busca algo, mama, esperneia, chupa o polegar, descansa, é trocado, envolvido pela água do banho, entre outras vivências propiciadas pelo cuidado materno (DIAS, 2012). Nesse início, tudo é experienciado no corpo, por meio do corpo, e está sendo personalizado pela elaboração imaginativa.

Além das funções somáticas, também são elaboradas as experiências de contato corpóreo com a mãe e com o ambiente, alternadamente nos momentos excitados e tranquilos. O trabalho da elaboração imaginativa das funções corporais participa na formação do ego, na constituição do *si-mesmo*, na unidade psicossomática e passa a resolver tarefas cada vez mais complexas ao longo das fases do amadurecimento. A sua principal tarefa é a constituição do tempo, conforme Winnicott explicita:

Emergindo do que se poderia chamar de *elaboração imaginativa das funções corporais* de todos os tipos e do acúmulo de memórias, a psique (especificamente dependente do funcionamento cerebral) liga o passado já vivenciado, o presente e a expectativa de futuro uns aos outros, dá sentido ao sentimento do *eu*, e justifica a percepção de que dentro daquele corpo existe um indivíduo (1988/1990, p. 46).

Por outro modo, como no início da vida, a criatividade primária do bebê orienta-se pelas necessidades e funções biológicas do corpo e o psiquismo é criado apoiado nessas funções; para a existência psíquica dos movimentos instintivos, é necessário que eles passem pela elaboração imaginativa das funções corporais. Da mesma forma, paulatinamente, será criada a sexualidade infantil no decurso do crescimento (Naffah Neto, 2012).

²⁶Na concepção winniciotiana, a psique não existe fora do funcionamento cerebral nem é pensada em termos de um aparelho pré-constituído. Nos primórdios, Winnicott diz: “[...] a palavra psique [...] significa elaboração imaginária (imaginativa) dos elementos, sentimentos e funções somáticas, ou seja da vitalidade física” (1954a/2000, p. 333). Assim, um dos sentidos que ele dá ao termo é o da própria elaboração imaginativa. Em texto mais tardio, afirma a psique como um resultado da elaboração imaginativa: “[...] o corpo é essencial para a psique, que depende do funcionamento cerebral e que surge como uma organização da elaboração imaginativa do funcionamento corporal” (1988/1990, p. 144).

A elaboração imaginativa seguirá o padrão da função fisiológica dominante nas fases do desenvolvimento. Por exemplo, na elaboração imaginativa da função alimentar, garantida pelo provisionamento do cuidado materno, conforme Naffah Neto (2012):

[...] na medida em que o bebê ainda vive disperso no tempo e no espaço, tendo uma identidade totalmente evanescente, que se desloca por várias formas, ele será, em diferentes momentos: a pura urgência instintiva, o seio que abocanha e o leite que engole. Essa identificação primária com o objeto possibilitará, como parte do processo da elaboração imaginativa, que o bebê possa vir a incorporar as suas propriedades; assim uma mãe suportiva servirá de padrão para que, mais adiante, isso venha a se tornar uma função psíquica e que a criança seja capaz, ela própria, de dar continência à complexidade do seu universo emocional (p. 45).

As funções psíquicas de incorporação, evacuação, introjeção e projeção emergem posteriormente, também apoiadas em funções fisiológicas, tendo como modelos a ingestão e a defecação.²⁷

Depois disso, o bebê chega à fase da transicionalidade, na qual se encontra a raiz do simbolismo. Na clínica da neurose, o fato relevante da simbolização e das funções dos processos primários nos sonhos, conforme descrito no estudo de Roland (1972) no capítulo anterior, é o de que a capacidade de simbolização já está subentendida. Mas, quando o bebê passa a empregar o simbolismo, ele já está distinguindo entre fantasia e fato, entre objetos internos e objetos externos, entre criatividade primária e percepção.

À luz do amadurecimento, o bebê terá uma longa jornada a percorrer para conquistar a capacidade de simbolização. Conforme Winnicott,

Creio que há uso para um termo que designe a raiz do simbolismo no tempo, um termo que descreva a jornada do bebê desde o puramente subjetivo até a objetividade, e parece-me que o objeto transicional (ponta do coberto, etc.) é o que percebemos dessa jornada de progresso no sentido da experimentação (1953c/1975 p. 19).

²⁷ Winnicott (1988) distingue incorporação de introjeção: incorporar bons objetos sob a forma de cuidados é um processo espontâneo que ocorre desde o início como expressão natural de crescimento, sem conotação defensiva, enquanto introjetar bons objetos implica uma idealização mágica dos objetos internalizados, na linha de um mecanismo de defesa contra a angústia, quando o ambiente torna-se ameaçador. Igualmente, se aplica à evacuação e à projeção: evacuar os restos daquilo que foi incorporado e que não tem utilidade psíquica para o indivíduo, enquanto que o indivíduo projeta objetos internos persecutórios, que lhe produzem uma dor psíquica insuportável, para magicamente livrar-se dele (Naffah Neto, 2012).

Para melhor entender a transicionalidade, faz-se necessário entrecruzar a elaboração imaginativa das funções corporais com o conceito de objetos transicionais e fenômenos transicionais. Aqui nos deparamos com outra questão: o que são os objetos transicionais e os fenômenos transicionais que levam às experiências do brincar e destas às experiências culturais?

Os fenômenos transicionais dão origem a uma área intermediária que, para o bebê, é a área “[...] entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto, entre a criatividade primária e a projeção do que já foi introjetado, entre o desconhecimento primário de dívida e o reconhecimento desta” (Winnicott, 1953c/1975, p. 14).

Nessa área estão incluídos tanto o balbucio de um bebê, o modo de entoar as melodias e canções na hora de dormir assim como o uso que é dado a objetos que não fazem parte do corpo do bebê, do ponto de vista do observador. O bebê conta com os objetos, mas o uso que faz deles ainda se acha unido ao funcionamento corporal. Conforme Winnicott: “[...] em verdade, não se pode imaginar que um objeto possa ter significado para um bebê, a menos que assim se ache unido. Esta é outra maneira de enunciar que o ego se baseia em um ego corporal” (1989a/1994, p. 46).

Nessa fase, a elaboração imaginativa das funções corporais continua ativamente participante no desenvolvimento. Por exemplo, o sentido do olfato, a textura, a secura e a umidade, assim também o que o bebê sente como frio e como morno, a extrema sensibilidade dos lábios, o gosto e a baba com a qual o bebê cobre seu objeto, todas essas coisas ganham um significado elevado, que supera em intensidade quaisquer outras fases do desenvolvimento.

Os objetos têm importância essencial também em outras linhas de transição das conquistas do amadurecimento do bebê, conforme Winnicott,

[...] uma delas tem a ver com relacionamentos objetais; o bebê coloca o punho na boca, depois o polegar, e depois há uma mistura do uso do polegar ou dos dedos e de algum objeto que é escolhido pelo bebê para manejar. Gradualmente há um uso de objetos que não fazem parte do bebê e tampouco fazem parte da mãe. Outro tipo de transição tem a ver com a mudança de um objeto – que é subjetivo para o bebê – para outro, que é objetivamente percebido ou externo (1959/1994, p. 44).

A importância da mãe, ou o substituto dela, está “[...] em deixar um objeto real ficar exatamente onde o bebê está alucinando um objeto, de maneira que, na realidade, a criança fica

com a ilusão de que o mundo pode ser criado e de que o que é criado é o mundo" (1959/1994, p. 44). Winnicott insiste em que, para se entender o significado do objeto transicional, é necessário levar em conta que "[...] a mãe está capacitando o bebê a ter a ilusão de que objetos da realidade externa podem ser reais para ele, isto é, que eles podem ser alucinações, uma vez que são apenas estas que são sentidas como reais pelo bebê" (p. 45).

Neste ponto, diz o autor, poder-se-ia pensar no termo 'realização simbólica', de Mme. Sechehaye, de tornar real o símbolo. Todavia, em se tratando da primeiríssima infância, o que se torna real é a alucinação. "Isto, com efeito, dá início à capacidade que o bebê tem de utilizar símbolos, e onde o crescimento é constante, o objeto transicional é o primeiro símbolo. Aqui o símbolo é, ao mesmo tempo, tanto a alucinação quanto uma parte objetivamente percebida da realidade externa" (1959/1994, p. 44).

Outra linha de transição do amadurecimento do bebê é a do abandono do controle onipotente do objeto externo ao reconhecimento de que existem fenômenos que se acham fora de seu próprio controle pessoal. Para tanto, o bebê elege um objeto, que tem vitalidade e realidade próprias e, em virtude disso, pode fazer as vezes da presença da mãe. Por estar no poder total do bebê, esse objeto torna-se inclusive mais importante do que a mãe e durante um bom tempo se torna insubstituível, sobretudo em momentos de tensão, tal como na passagem da vigília para o sono ou na ausência prolongada da mãe. A ponta do cobertor, o ursinho ou o que quer que seja o objeto eleito, o importante não é o fato de ele representar a mãe, mas a realidade de sua confiabilidade. O símbolo que dele emerge é o da união com a mãe, caso em que a fidedignidade materna justifica a confiabilidade no ambiente.

Ao longo dessa fase, o objeto transicional aos poucos adquire uma nova condição: a de posse, que Winnicott denomina de posse original. Esse objeto, sobre o qual o bebê agora tem a posse, pode ser usado tanto para seu consolo como para desferir nele os ataques destrutivos de seu amor incompadecido.

O objeto transicional, enquanto posse, do ponto de vista do bebê, não é oriundo do exterior, tampouco provém de dentro, já não é uma alucinação (1953/1975, p. 18). Winnicott localiza-o exatamente "[...] no lugar, no espaço e no tempo, onde e quando a mãe se acha em transição de (na mente do bebê) ser fundida ao bebê e, alternativamente, ser experimentada como um objeto a ser percebido, de preferência a ser concebido" (1967b/1975, p. 135). O uso

de um objeto simboliza a união de duas coisas agora separadas, bebê e mãe, no ponto, no tempo e no espaço, do início de seu estado de separação.

Na transicionalidade, é também, por meio da elaboração imaginativa da sobrevivência do objeto destruído por seus ataques, que o bebê vai discriminando um objeto real, objetivo, independente da sua área de onipotência, de um outro objeto subjetivo, que continua a destruir em sua fantasia. Adentrando a fase do uso do objeto, Winnicott explica a passagem do mundo dos objetos subjetivos, inclusive os transicionais, para o dos objetos objetivamente percebidos, baseado no pressuposto de um impulso amoroso primitivo que é indistinguível do impulso agressivo e destrutivo. Mas a destruição do objeto, diferentemente da concepção freudiana, não está relacionada com a inveja. Winnicott utiliza a palavra ‘destruição’ não por conta do impulso do bebê de destruir, mas sim devido à suscetibilidade do objeto em não sobreviver, até mesmo por uma mudança de qualidade ou de atitude, resultando numa destruição real.

Ao longo da fase do uso do objeto, uma vez criada uma realidade externa que possa ser usada, a criança chega à ideia de uma membrana limitadora que, por sua vez, permite conceber a oposição entre o mundo externo e o interno, entre eu e o não-eu, cujos conteúdos são, em parte, precisamente as experiências instintuais imaginativamente elaboradas. O mundo interno do bebê conta com o surgimento da fantasia.

Isso vai exigir uma forma mais complexa de elaboração imaginativa agora povoada pelas fantasias. Será a partir da possibilidade de recalcar essas fantasias, eliminando-as da consciência, que se instaurará o inconsciente recalcado (Naffah Neto, 2007). Gradativamente, após ter atingido a identidade unitária, a criança distinguirá a mãe como um ser semelhante a ela, podendo se compadecer cada vez que a ataca. Por meio de um sentimento de culpa, a criança vivencia desejos e movimentos reparatórios, que criam os primeiros valores éticos na relação intersubjetiva. Nesse momento, é possível que a reparação ainda se dê mais pela dependência que a criança tem do objeto do que por um sentimento altruísta do bebê, uma vez que é no contexto das identificações cruzadas que a criança aprenderá a se colocar, efetivamente, no lugar do outro.²⁸

²⁸ Segundo Naffah Neto, essa concepção constitui uma nuança interpretativa, sujeita a controvérsias, pois isso descreve um processo de desenvolvimento contínuo, no qual somente por razões didáticas pode-se distinguir em que parte cada coisa se inicia. Como em cada criança o processo sofre variações, estas tornam-se resistentes a qualquer universalização conceitual (2012, p. 48-9).

À medida que se constitui uma organização pessoal da realidade psíquica, a tarefa da elaboração imaginativa se especializa na instauração do estabelecimento de inter-relacionamentos baseados em mecanismos de projeção e introjeção, mais estritamente ligados ao afeto do que ao instinto. Os mecanismos de identificação projetiva e introjetiva estão na base da empatia e da capacidade de colocar-se no lugar do outro.

No período do complexo edipiano, a elaboração imaginativa tem importância fundamental não apenas para que a criança internalize as interdições culturais, mas principalmente para que se torne capaz de sustentar sentimentos de ambivalência diante dos objetos, que geram simultaneamente amor e ódio, como pai e mãe, nesse período. Nessa fase, a elaboração imaginativa participará na formação da identidade sexual através da elaboração da fase fálica (na conquista da genitalidade) e pelo advento das identificações secundárias com o pai, mãe e outras figuras importantes na educação da criança (Naffah Neto, 2007).

Na travessia do complexo de Édipo está a formação do superego. Para tanto, a elaboração imaginativa conta com um desenvolvimento saudável nas etapas anteriores e com a presença efetiva dos pais, incorporando imagens humanas com as quais a criança possa dialogar internamente, obedecendo ou desafiando. Nos casos em que o desenvolvimento não acontece satisfatoriamente,

[...] as interdições culturais são internalizadas por meio de introjeções de forças anômicas, mágicas e poderosas, bastante distanciadas do humano cotidiano, criando uma espécie de mundo fantástico ao qual a criança tem de se submeter ou do qual, em geral, sofre grandes punições, quando desobedecer. A melancolia, como psicose, pode constituir um desses casos típicos; algumas neuroses obsessivas graves, também (Naffah Neto, 2012, p. 50-1).

Na relação triangular, a criança converte-se num ser humano total entre seres humanos totais e é mantida pela família. No sonho subjacente ou inconsciente, a criança ama um dos pais e, por consequência, odeia o outro. O ódio pode ser expresso de uma forma mais direta e “[...] é feliz a criança que pode reunir todos os resíduos agressivos latentes e oriundos das fases anteriores, para usá-los nesse ódio, que é aceitável por basear-se no amor primitivo” (Winnicott, 1964a/1982, p. 206). Em certa medida, esse ódio é absorvido pela capacidade infantil de identificar-se com o rival no sonho. Neste caso, a situação familiar comporta a criança e o sonho infantil.

Por fim, no delineamento da função da elaboração imaginativa nas raízes do sonho e do brincar importa concluir com as considerações de Naffah Neto (2005) a respeito da noção de experiência e a existência ou não da sexualidade desde o início da vida na perspectiva winnicottiana. O autor diz explicitamente que:

Para alguém que assume a experiência como ponto de passagem necessário à constituição de qualquer realidade psíquica, não tem sentido falar em sexualidade como uma entidade própria, pois ela só será, de fato, sexualidade, no sentido real do termo, quando se constituir enquanto tal na zona da experiência. A ‘sexualidade’ inferida pelo observador externo, ao ver o bebê sugar o dedo na ausência da mãe, não tem valor para Winnicott, é pura especulação teórica se o bebê não a experienciar enquanto tal (2005, p. 440).

Winnicott (1960) concebe que, na psicose infantil (ou esquizofrenia), o id permanece relativa ou totalmente externo ao ego e as satisfações do id permanecem físicas; analogamente, num indivíduo de falso *si-mesmo*, o id também não é apropriado pelo ego. Isto porque, uma vez que os impulsos eróticos não chegam a ser registradas pelo *si-mesmo* verdadeiro enquanto tais, não podem constituir experiência, dado que não chegam a passar pela criatividade originária, a zona da experiência. “Permanecem, no nível do *falso self*, como sensações ou atos, ora reduzidos a uma dimensão puramente física, destituída de qualquer sentido emocional, ora capturados por mecanismos mais primários e básicos na história do desenvolvimento infantil” (Naffah Neto, 2005, p. 441).

Nesses pacientes, não se pode dizer de uma sexualidade no sentido real do termo, mas sim de uma sexualidade falsa. Naffah Neto (2005) ilustra isso com o material de uma de suas pacientes cujo eixo de existência é o falso *si-mesmo* e que, em momentos de extrema angústia, busca relações sexuais com parceiros diversos:

É uma forma d’eu me sentir viva, existindo, de não me dissolver no nada [...] Ou seja, quando se sente ameaçada de cair num grande vazio, usa dessa forma de contato corporal para recompor a sua *presença no mundo*, buscando o contato ‘sexual’ como forma de *holding/handling* (p. 441. Itálico no original.)

A partir disso, analogamente, na análise dos sonhos de pacientes com falso *si-mesmo* podemos parafrasear o autor de que uma insistência psicanalítica na interpretação desses atos como busca de prazer pode significar esticar o sentido desse conceito até um ponto em que ele já não significa mais nada (2005).

Importa ainda assinalar que o que Freud chamou de compulsão à repetição, na clínica winniciottiana “[...] aparece sob a forma de regressões a um estado de dependência, que se produzem de maneira espontânea num movimento de resgate de acontecimentos arcaicos da história de vida a fim de fazê-los passar pela área da experiência” (Naffah Neto, 2005, p. 441). O indivíduo repete o acontecimento apenas para criar uma segunda, ou quantas chances forem necessárias, de, sob condições ambientais mais propícias, esse acontecimento vir a se tornar experiência (p. 442).

A elaboração imaginativa acompanhará o indivíduo, no decorrer de sua vida, nas mais diversas formas de mudanças corporais e de experiências relacionais, marcadas pela adolescência, a adultez, a gravidez, a menopausa e andropausa, até à velhice, além de transformações e experiências acidentais que acontecem no seu viver. Assim, também, os sonhos tratam dessas questões no processo de integração do ser humano.

Assim, as noções de experiência, da criatividade originária, da elaboração imaginativa das funções corporais, do objeto e fenômenos transicionais estão na base da capacidade de sonhar de um indivíduo ao longo do seu amadurecimento e, concomitantemente, no norteamento do uso analítico do sonho na clínica winniciottiana. Isso nos direciona às alternativas de sonhar: o brincar e as experiências culturais, propostas por Winnicott.

3.3 FENÔMENOS TRANSICIONAIS, O BRINCAR E A CULTURA

Winnicott pressupõe os fenômenos transicionais na área intermediária que chama de abrigo da ilusão (*resting place of illusion*); vivendo nessa área, o indivíduo estará livre da árdua tarefa, que o acompanha ao longo da vida, de distinguir o fato da fantasia (1958/1990).²⁹ Como vimos, os fenômenos transicionais emergem da área da ilusão e começam a ocorrer concomitantemente ao processo da desilusão, e tornam-se a longa jornada que levará o bebê da subjetividade à objetividade da realidade compartilhada.

Vimos também que o objeto transicional se constitui num símbolo de união de duas pessoas em processo de separação. O espaço de confiabilidade e possibilidade estabelecido

²⁹ Mantivemos o termo ‘abrigo’ segundo a tradução feita por Luís Carlos Borges na primeira edição brasileira (1990) do livro *O Gesto Espontâneo* – Winnicott, D. W. (1987), por acreditarmos que melhor descreve a importância da ilusão no viver criativo. Na tradução de outras obras de Winnicott, o termo *resting place of illusion* é traduzido como ‘lugar de repouso’. O texto acima mencionado trata da carta de 1958 enviada para Victor Smirnoff.

entre a mãe e o bebê permitirá ao indivíduo vivenciar uma separação sem ruptura. Mais ainda, à luz do amadurecimento, na experiência do bebê, da criança, do adolescente e do adulto, a questão da separação não é significativa, porque nesse espaço potencial emerge o brincar criativo originado do estado relaxado. Aqui, segundo Winnicott, é que se desenvolve o uso de símbolos que representam, ao mesmo tempo, os fenômenos do mundo externo e os fenômenos da pessoa individual (1953c/1975).

Na clínica, o exame do destino do espaço potencial ganha importância primordial, uma vez que, para o bebê, o fracasso da fidedignidade ou a perda do objeto significa a perda da área da brincadeira e a perda de um símbolo significativo, qual seja: o da união com a mãe.

O analista precisa ter claro que a conquista do espaço potencial não é de modo algum sempre garantida ou alcançada. Além do que, se a provisão ambiental participa na criação desse espaço, ela também deve garantir que esse espaço seja preenchido com aquilo que é criado pelo próprio bebê. O estrago causado por material que provém de outrem que não do bebê ou do indivíduo é invasivo e distorce o curso do crescimento, levando a organizações defensivas primitivas que impedem qualquer contato com o *si-mesmo* e, consequentemente, com o sonhar e o brincar.

Com isto, a seguir, perpassaremos a proposta winniciottiana em busca das experiências do brincar e da cultura, que se desenvolvem em continuidade direta dos fenômenos transicionais, inserem-se no amadurecimento e enriquecem o indivíduo em seu viver criativo.

Winnicott (1968) reivindica que o *brincar* tem um lugar e um tempo e afirma-o no espaço potencial ou como diz o autor: “[...] A confiança na mãe cria um playground intermediário, onde a magia se origina, visto que o bebê até certo ponto, *experimenta onipotência*” (1968i/1975, p. 71). O autor explicita: “Chamo isso de *playground* porque a brincadeira começa aqui. O *playground* é um espaço potencial entre a mãe e o bebê ou que une a mãe e o bebê” (1968i/1975, p. 71). O brincar está diretamente relacionado com a criatividade originária. Em sua concepção, o bebê encontra prazer intenso, até mesmo doloroso, associado à brincadeira imaginativa. “Não há jogo estabelecido, de modo que tudo é criativo, e, embora faça parte da relação de objeto, tudo o que acontece é pessoal ao bebê. Tudo o que é físico é imaginativamente elaborado e investido de uma qualidade de primeira vez” (1968i/1975, p. 140).

O bebê ou a criança pode brincar porque a pessoa que é digna de confiança e lhe dá segurança permanece disponível quando é lembrada e lhe reflete de volta o acontecido no brincar. Em geral, as crianças demonstram grande capacidade de fantasiar (imaginação), que se assemelha ao sonho, embora não seja um material onírico próprio do sonho profundo.³⁰

A respeito dessa semelhança, no texto *As raízes da agressividade* (1964a/1982), Winnicott assinala que, embora nos sonhos a destruição seja experimentada em fantasia, a atividade onírica está associada a um determinado grau de excitação no corpo. O sonho pode ser esquecido, mas foi sonhado, sendo, pois, uma experiência concreta, tal como acontece na fantasia típica da criança e em todo tipo de brincadeira. De outro lado, analogamente ao sonhar, num estado de alheamento próximo da concentração dos adultos, a criança ‘se perde’ no brincar. A criança traz, para dentro da área do brincar, objetos ou fenômenos pertencentes à realidade externa e usa-os a serviço de alguma amostra da realidade subjetiva. Em outros termos, diz Winnicott:

Sem alucinar, a criança põe para fora uma amostra do potencial onírico e vive com essa amostra num ambiente escolhido de fragmentos oriundos da realidade externa. No brincar, a criança manipula fenômenos externos a serviço do sonho e veste os fenômenos externos escolhidos com significado e sentimento oníricos (1968i/1975, p. 76).

Este é um ponto inovador da contribuição winniciotiana ao uso analítico do sonho, pois, como as brincadeiras são ao mesmo tempo reais e concretas, por um lado, e imaginadas ou sonhadas, por outro, o brincar se aproxima do reservatório total do que poderia ser sonhado e das camadas mais profundas do inconsciente (1964d/1999). Desse modo, Winnicott faz um correlato entre as experiências do brincar e o sonho, uma vez que o brincar permite a absorção de sentimentos de todos os gêneros que, de outro modo, ficariam encerrados no sonho não recordado (1964a/1982).

Por outro lado, o brincar pode ser também uma forma de comunicação, o que leva Winnicott a conceber a psicoterapia na sobreposição de duas áreas do brincar: a do paciente e a do terapeuta, duas pessoas que *brincam* juntas. Na base do trabalho analítico está “[...] o brincar do paciente, uma experiência criativa a consumir espaço e tempo, intensamente real

³⁰ Winnicott usa os termos de *sonho profundo*, levando-se em conta que, para ele, no texto de 1989a/1967, o termo ‘profundo’ refere-se ao intrapsíquico, quando já há uma realidade psíquica pessoal, com fantasias inconscientes e conteúdos reprimidos, subentendemos que se trata do modelo de sonho proposto por Freud.

para ele [...]. *Esse brincar tem de ser espontâneo, e não submisso ou aquiescente, se é que se quer fazer psicoterapia*” (1968i/1975, p. 75-6. Itálico no original).

Nessa superposição tem-se que, em primeiro, a mãe ajusta-se às atividades lúdicas do bebê; ao longo do amadurecimento, aos poucos, ela introduz o seu próprio brincar e o bebê aceita ou não as ideias que não são dele. Esta é a base para um brincar conjunto num relacionamento. Assim, na base do trabalho analítico está o brincar criativo do paciente, intensamente real para ele e ao qual o analista se junta.

Então, vejamos como se dá a experiência do brincar através do Jogo do Rabisco (*Squiggle Game*) que Winnicott utilizava nas consultas terapêuticas com crianças. Na argumentação desse método, o autor explicita que um rabisco é satisfatório em si próprio, pois se assemelha a um ‘objeto encontrado’. O jogo consiste em que o analista faça um rabisco numa folha de papel e a criança transforme-o em algo. Em seguida, a criança faz um rabisco e o terapeuta é quem o transforma em algo, o que se repete sucessivamente. Ao longo do jogo, a comunicação estabelecida e os desenhos desvelam as expectativas e preocupações da criança, mas o momento mais significativo é aquele em que *a criança se surpreende a si mesma* e não o momento de uma arguta interpretação (1968i/1975). Isso porque os rabiscos são, potencialmente, obras-primas do objeto a ser encontrado/criado na área da ilusão de criar a si e ao mundo.

Ao mesmo tempo, é preciso assinalar que o *Jogo do Rabisco* é realizado no contexto da consulta terapêutica, voltado precipuamente para a comunicação, e o terapeuta se encontra na posição de um objeto subjetivo da criança. O fragmento clínico ilustrado no texto *Tolerância ao Sintoma em Pediatria* (1953b) foi conduzido em consultas terapêuticas e com orientações aos pais durante o tratamento e restabelecimento da criança.³¹ Philip, até os dois anos, é descrito como um bebê alegre e brincalhão. Nessa época, a família sofre os efeitos da guerra e o pai é convocado pelo exército. Em função da evacuação, a mãe e os dois filhos, um com dois anos e o outro com quatro anos de idade, tiveram que viver longe de sua casa. Sem maiores detalhes que ajudem na descrição, Winnicott relata que, quando a irmã caçula nasceu, no período de internação da mãe, houve uma nova separação da família e Philip e seu irmão ficaram na casa

³¹ Este fragmento também ilustra a compreensão da demanda emocional subjacente às dificuldades típicas do antissocial.

de seus tios. A partir dos seis anos, a mãe deu-se conta de que o menino havia roubado o relógio de uma enfermeira e nos anos seguintes outros roubos se sucederam na escola.³²

Na primeira entrevista, a partir do jogo do rabisco, Philip conta um sonho: “Ele viajava de carro com a mãe. O carro descia uma ladeira. Havia um fosso ao final da ladeira e o carro corria tão rápido que talvez não desse para parar. No momento mais crítico aconteceu uma mágica, uma mágica boa, e o carro passou por cima do fosso sem cair dentro dele” (1953b/2000, p. 178). O implícito no sonho era que o menino estava com medo, porque precisou usar a mágica boa. Ele acreditava em mágica e, se havia mágica boa, haveria também mágica ruim. Na comunicação, era justamente a necessidade de usar a mágica que assustava a criança em função de sua incapacidade de lidar com a realidade e da qual Philip vai se aproximando no decorrer da consulta.

Nos tempos sem graça, expressão pela qual chamava a tristeza, contou sobre a separação de sua mãe: “Eu e meu irmão tivemos que viver sozinhos. A pior coisa que acontecia lá era que eu via a minha mãe cozinhando em seu vestido azul e corria para ela, mas quando chegava ela se transformava de repente na minha tia, num vestido de outra cor” (1953b/2000, p. 180). Ele alucinava a mãe, empregando a magia, sofrendo, contudo, o choque da desilusão. O manejo clínico esteve implicado com uma regressão da vivência dos cuidados ambientais ao redor dos dois anos para Philip reencontrar a mãe que perdeu (que lhe foi tirada).

Winnicott assinala que o lar funcionou como um ambiente terapêutico, próximo ao de um hospital psiquiátrico, de que o menino precisava, uma vez que a vivência da regressão pela criança ocorreu no ambiente familiar, junto aos cuidados dos pais e sob a orientação do analista.

No manejo descrito podemos observar que o analista tem a compreensão do ocorrido nas fases primitivas da vida do menino, mas é preciso que ele experiencie a situação traumática agora sob os cuidados ambientais suficientemente bons, qualidade com que deveriam ter acontecido, mas não aconteceram, para que a elaboração imaginativa possa operar integrando-a em sua personalidade total. Desse modo, independente da modalidade do atendimento clínico, isto é, seja na consulta terapêutica, na psicanálise partilhada, na psicoterapia ou na análise, quando o brincar não é possível, a tarefa analítica é dirigida no sentido de trazer o paciente para

³² No caso descrito, em termos jurídicos não se usaria roubado ou roubos, mas furtado ou furtos, pois o roubo exige o flagrante do ato.

um estado em que possa brincar e, gradativamente, o trabalho analítico será realizado no espaço criativo do brincar.

Para além disso, o uso analítico dos sonhos nos direciona às experiências culturais. Winnicott estuda a cultura e, de início, aponta que a literatura psicanalítica, influenciada por Freud, ajuda, mas não é suficiente para dar conta da vida cultural. Nesse sentido, questiona o que fazemos e onde estamos, por exemplo, quando ouvimos uma sinfonia? Ou quando uma criança brinca sob a guarda de sua mãe? Ou um grupo de adolescentes que participa de uma reunião musical? Convicto de que o conceito de sublimação não pode abranger essas questões, o autor acrescenta:

Observe-se que estou examinando a fruição altamente apurada do viver, da beleza, ou da capacidade inventiva abstrata humana, quando me refiro ao indivíduo adulto, e, ao mesmo tempo, ao gesto criador do bebê que estende a mão para a boca da mãe, tateia-lhe os dentes e, simultaneamente, fita-lhe os olhos, vendo-a criativamente. Para mim, o brincar conduz naturalmente à experiência cultural e, na verdade, constitui seu fundamento (1971q/1975, p. 147).

A experiência cultural começa como um jogo no brincar e conduz ao domínio da herança humana, incluindo as artes, os mitos, o pensamento filosófico, os grupos e a religião. Para Winnicott, a área em que “[...] essa experiência se dá não pode ser situada na realidade psíquica interna, pois não é um sonho – é parte da realidade compartilhada. Não se pode dizer que seja parte dos relacionamentos externos, pois é dominada pelo sonho” (1967/1999, p. 19). Na clínica, é preciso, pois, reconhecer “[...] o papel da imaginação, uma vez que não somos apenas feixes de fatos; a maneira pela qual as experiências chegam a nós e entrelaçam-se com nossos sonhos é parte daquele todo que chamamos vida e experiência individual” (1957f/1993, p. 160).

Ao referir-se à cultura, Winnicott está pensando “[...] em algo que pertence ao fundo comum da humanidade, ao qual indivíduos e grupos podem contribuir e do qual todos nós podemos fruir, *se tivermos um lugar para guardar o que encontramos*” (1971q/1975, p. 138. Itálico no original). Este lugar está situado exatamente no espaço potencial que tanto une quanto separa a mãe e o bebê. A experiência cultural é uma ampliação da ideia dos fenômenos transicionais e da brincadeira.

No contexto do brincar, a experiência cultural apresenta uma continuidade no espaço e no tempo, é uma experiência psicossomática criativa, uma forma de viver. Na medida em que

o bebê ainda não alcançou os fenômenos transicionais, para Winnicott, a interpretação de símbolos é deficiente e a vida cultural empobrecida. Tanto mais, porque “[...] os bebês, as crianças e os adultos recebem em si a realidade externa como uma veste para seus sonhos, e projetam-se em objetos e pessoas externas e enriquecem a realidade externa através de suas percepções imaginativas” (1959/1994, p 47).

Winnicott exemplifica: vamos a um concerto e ouvimos um dos últimos quartetos de Beethoven. Esse quarteto não é apenas um fato externo produzido por Beethoven e tocado pelos músicos e não é um sonho. Na vida cultural, a experiência, juntamente com a preparação feita para ela, permite criar um fato maravilhoso e podemos desfrutá-lo porque o criamos e é real. O autor ressalta: “Isto é louco. Em nossa vida cultural, porém, aceitamos a loucura, exatamente como aceitamos a loucura do bebê que alega [...]: - Eu alucinei isso e faz parte da mãe que se achava lá antes de eu aparecer” (1959/1994, p. 47). A continuidade dos fenômenos transicionais na experiência cultural possibilita a saúde e o viver criativo.

Por fim, em Winnicott, podemos pensar o sonho como uma experiência psicossomática total realizada no tempo e no espaço, iniciada no encontro e na relação com o ambiente, vivenciada na área do brincar e pessoalizada imaginativamente. No contexto do *setting* analítico, o paciente, ao trazer seu sonho, poderá fazer uso dele no brincar elaborativo da análise, possivelmente tal como o bebê faz com os objetos que encontra, dos quais gradativamente tem a posse e, então, pode usá-los como parte de si discriminada do não eu.

Isto ajuda, mas também não esgota o tema, pois as fases iniciais do amadurecimento abarcam as psicoses, as depressões e a tendência antissocial, e cada uma dessas categorias traz especificidades e necessidades próprias, mas que fogem ao escopo deste trabalho.

No capítulo IV, percorreremos alguns textos winniciotianos cujas vinhetas, acreditamos, ilustram alguns subsídios clínicos no uso analítico do sonho e das experiências oníricas do brincar, sobretudo nos tipos de sonhos citados nesses textos, quais sejam: ‘regressivo’, ‘depressivo’, ‘experiencial’ e o ‘curativo’. Esses tipos de sonho serão explicitados mais adiante, ao longo do texto.

4 O USO ANALÍTICO DO SONHO E O MANEJO DO BRINCAR: UM RECORTE DA CONTRIBUIÇÃO WINNICOTTIANA

Neste capítulo, as principais contribuições winnycottianas ao uso analítico do sonho que se nos apresentam são: a) o papel das experiências vivenciadas no interior da regressão à dependência na reconstrução analítica; b) a relação existente entre os sonhos regressivos, depressivos, experienciais e curativos com as fases do desenvolvimento; e c) o manejo das experiências do brincar no espaço analítico.

Como vimos, o uso analítico do sonho participa ativamente na reconstrução da história de vida primitiva do paciente. Em Freud, a tarefa do analista é a de completar aquilo que foi esquecido, ou, mais corretamente, de construí-lo, a partir dos traços que deixou atrás de si (1937/1939). Nesse processo, o analista ajuda o paciente a resgatar um fragmento de sua história primitiva, que, embora esquecido, permanece a pressioná-lo inconscientemente. Para tanto, ao redor das neuroses, a tônica da construção analítica recai sobre a verbalização, o método da associação livre e a técnica interpretativa do sonho e de todo material que emerge no espaço transferencial e em todo campo analítico.

Já ao redor das psicoses, em função do fracasso dos cuidados ambientais, os acontecimentos mais primitivos da história de vida não têm como serem rememorados, uma vez que o fracasso ambiental de ego-auxiliar da mãe não permitiu que tais eventos se constituíssem em experiências que caem no esquecimento. Em geral, permanecem cindidos e/ou dissociados da personalidade do indivíduo. Nesses casos, a tônica da construção analítica recai sobre a comunicação e o manejo da regressão à dependência absoluta e/ou relativa, dos cuidados ambientais facilitadores na revivência dos eventos que ficaram truncados e/ou fora da área da experiência.

Em termos do acesso às experiências primitivas, vejamos, por exemplo, a análise da experiência do nascimento. No *setting* analítico, nos casos em que o nascimento foi uma experiência saudável, uma criança pode brincar de um modo que contém simbolismos ligados ao nascimento; da mesma maneira, um adulto pode relatar fantasias que, conscientemente ou não, se relacionam ao nascimento. Mas, diz Winnicott, “[...] isto *não é* a mesma coisa que a atuação de traços mnemônicos derivados das experiências do nascimento, aquelas que fornecem material para o estudo do trauma do nascimento” (1958f/2000, p. 272).

Os pacientes psicóticos são os que tendem a reviver esses fenômenos infantis precoces, passando ao largo de fantasias que se expressam por símbolos. Tais experiências devem ocorrer agora em uma situação especializada de regressão à dependência no contexto do *setting* analítico. Além disso, se tudo correr bem, o paciente terá o analista como a quem odiar pela falha original do ambiente que distorceu os processos de amadurecimento (1964c/1987).

O fragmento clínico descrito no texto *Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade* (1958f), retomado em *O recém-nascido e sua mãe* (1964c), trata dos riscos envolvidos no trauma de nascimento e no manejo da regressão à dependência no tratamento de uma paciente, com 28 anos de idade, que sofria de uma esquizofrenia com traços paranoides.³³ Para essa paciente, a intrusão vivenciada resultou em um intenso sentimento de insegurança e a intolerável experiência de sofrer o efeito de algo sem ter a mínima ideia de quando ou se este terminará; ela começou a viver com ‘o pé errado’ e jamais conseguiu acertar o passo (1964c/1987a).

Em uma sessão, logo após a leitura que fizera do livro de Otto Rank, que trata do nascimento, a paciente relatou um sonho que, em si próprio, foi uma reação à intrusão dessa leitura e, consequentemente, a análise sofreu um recuo temporário. No sonho ela estava sob um monte de cascalho:

Toda a superfície de seu corpo estava sensível a um grau difícil de imaginar. Sua pele estava toda queimada [...] sabia que se alguém chegasse e fizesse qualquer coisa com ela, a dor, [...] seria insuportável. Ela sabia o quanto seria perigoso se alguém aparecesse, retirasse o cascalho e fizesse algo com ela a fim de curá-la, e a situação era intolerável. [...] havia sentimentos insuportáveis, comparáveis aos que ela sentiu quando tentou o suicídio. ‘Você não consegue suportar mais nada. Era o horror de simplesmente ter um corpo e uma mente que não aguenta mais’ (1958f/2000, p. 267).

Mas alguém apareceu e derramou um óleo sobre o cascalho, com ela ali dentro. O óleo atravessou o cascalho, cobriu sua pele e ela foi deixada ali por três semanas. Ao final desse período, o cascalho já podia ser removido sem que ela sofresse dor e sua pele estava quase inteiramente saudável. Ainda havia uma pequena região ferida entre os seus seios, que também precisava ser tratada, mas a dor era suportável.

³³ A paciente tinha um QI excepcionalmente elevado e, ao começar o tratamento, perguntou se Winnicott a capacitaria ao suicídio por um motivo justo e não por um motivo impróprio. Quanto a isto, diz o autor que falhou: ela conseguiu se matou em uma terceira tentativa (1964c/1987a).

Com a observação de que este sonho tem um grau menor de distorção, pois a paciente é psicótica e não neurótica e por esse motivo o afeto verdadeiro é evidente, Winnicott assinala que a pessoa que compreendeu e verteu o óleo sobre a paciente foi o analista, indicando aí o grau de confiança adquirido na maneira com que o tratamento foi conduzido. O conteúdo onírico, igualmente, expressa a agonia da paciente que subjazia aos efeitos resultantes da falha ambiental: o quadro do estado paranoide, a vulnerabilidade e a inexperiência essencial, contra os quais ela havia tentado defender-se de todas as formas possíveis.

No contexto analítico, ao redor do relato desse sonho, Winnicott descreve que a paciente se encontrava no ponto em que reexperimentava o parto, mas com evidências de que havia sido despertada para a consciência poucos dias antes do nascimento, devido a um grave choque sofrido pela mãe e do parto, que se complicou em função de uma placenta prévia que não foi descoberta com antecedência.

À luz do amadurecimento, esse é um ponto fundamental na leitura desse sonho, pois em época imediatamente anterior ao nascimento, diz Winnicott:

Seria certamente possível dizer da psique (independente do soma) que, antes do nascimento, existe um estar-aí pessoal, uma continuidade da capacidade de ter experiências. Essa continuidade, que poderia ser vista como início do eu, é periodicamente interrompida por fases de reação a intrusões. O eu começa então a incluir memórias dos curtos períodos em que a reação à intrusão perturba a continuidade (1958f/2000, p. 274).

Aqui se trata da questão teórico/clínica que queremos destacar da contribuição winniciotiana ao uso analítico do sonho e à construção analítica no que tange ao trauma do nascimento. Na compreensão do despertar precoce para a consciência dessa paciente, ocorrido à época imediatamente anterior ao nascimento, Winnicott explicita que “[...] é *em relação à linha de fronteira entre as fases de reação intolerável que o intelecto começa a funcionar como algo distinto da psique*” (1958f/2000, p. 274. Itálico no original). Todavia, inicia-se como um desenvolvimento intelectual patológico, desvinculado do corpo e de suas funções, dos sentimentos, impulsos e sensações do ego total. Em proteção à psique, o intelecto passa a colecionar e/ou catalogar as intrusões às quais foi necessário reagir e guarda-as detalhada e sequencialmente até que o continuar a ser seja restabelecido.³⁴

³⁴ Depois do nascimento, o intelecto pode continuar a esperar e até mesmo ir de encontro às perseguições. Há casos em que um trauma do nascimento pode estar na base de uma paranoíia congênita (embora não herdada). Em outros casos, há uma tal confusão de perseguições, que o intelecto fracassa em organizá-las e mantê-las em sequência e, nestes casos, o que resulta é uma aparente deficiência mental (1958f/2000, p. 274-5).

Nesse tipo de interrupção, diz o autor, “[...] o que fica é apenas o trauma, o fato é que o bebê foi submetido a um sofrimento mental, e é exatamente este sofrimento mental que o esquizofrênico leva consigo como uma memória e uma ameaça, e que faz do suicídio uma razoável alternativa para a vida” (1964c/1999, p. 37).

De importância para a tarefa analítica está a compreensão de que “[...] a agonia primitiva não pode cair no passado a menos que o ego possa primeiro reuni-la dentro de sua própria e atual experiência temporal e do controle onipotente de agora” (1963/1994, p. 73). Na clínica, diz Winnicott: “É esta integração do ego que me interessa [...] a capacidade crescente do paciente de reunir tudo dentro da área de sua onipotência pessoal, incluindo até os verdadeiros traumas” (1965d/1983, p. 154).

Assim, o trauma do nascimento exige o manejo da regressão à dependência dos cuidados ambientais na revivência da experiência. O analista deverá cuidar um por um dos aspectos traumáticos que aparecerão na análise, pois eles seguirão a sequência mantida na catalogação das reações ocorridas na situação original. O sonho dessa paciente descreve os indícios ditados para a especificidade do manejo: por um lado, adverte sobre os riscos de uma destrosa retirada do cascalho e, por outro lado, a necessidade de se verter um óleo gradativa e silenciosamente até que chegue à pessoinha da paciente. A complexidade desse manejo pode ser retratada pela fala da paciente: “Era essa totalidade da coisa, a enormidade da tarefa que era preciso fazer, que tornava tudo tão impossível” (1964c/1999, p. 41).

Na clínica, há uma grande variedade de situações traumáticas que poderão ser expressas em sonhos, mas, quando ocorrem nas fases iniciais do desenvolvimento, o norteamento do uso analítico do sonho e/ou do manejo das necessidades e dificuldades do paciente será ditado pelo reconhecimento das principais tarefas da elaboração imaginativa das funções corporais a serviço da integração e constituição do indivíduo, assim como das tarefas que foram interrompidas, das que estão em andamento e da preparação do terreno às tarefas de fases posteriores.

Além disto, no uso analítico do sonho, a avaliação da força egoica do indivíduo é um dos aspectos essenciais para a possibilidade de uma interpretação adequada e oportuna. Como diz o autor, de nada adianta interpretar quando o paciente não tem condições de integrar egoicamente o material apontado. A insistência de interpretações fora do alcance egoico do

paciente muitas vezes se torna apenas um apelo ao uso do intelecto. Em Winnicott, o trabalho analítico consiste em ajudar o paciente a ter condições de chegar o mais próximo possível de fazer a interpretação por si próprio.

Ainda é preciso retomar dois pontos fundamentais da contribuição winniciottiana ao uso analítico do sonho relativo às fases iniciais do desenvolvimento para, então, adentramos aos sonhos regressivo, depressivo, experencial e curativo. O primeiro, que os sonhos procedem da elaboração imaginativa do vivenciado no interior do espaço analítico. O segundo, que a relação entre os sonhos e as fases do desenvolvimento se dá, entre outros aspectos, pela especialização da elaboração imaginativa na conquista de recursos e mecanismos psíquicos necessários à realização e integração das tarefas do amadurecimento.

O fragmento clínico ilustrado em *Nota Adicional sobre Transtorno Psicossomático* (1969), ao mesmo tempo em que nos permite observar a relação entre o sonho e a maturidade própria da fase do desenvolvimento, ajuda-nos a afirmar que os sonhos relativos às fases mais iniciais do amadurecimento procedem da elaboração imaginativa do vivenciado no interior do espaço analítico. O material clínico trata de uma paciente de meia-idade que, juntamente com várias formas de prurite crônica, tenta manter-se em seu corpo.

No histórico desta paciente, ela chorou (gritou) e a mãe não atendeu (não reconheceu o grito). O fracasso ambiental, ocorrido em fase tão precoce, impediu a realização de uma das principais tarefas do desenvolvimento, o alojamento da psique no corpo, ou seja, a constituição da unidade psicossomática. Por falhar em seu propósito, o gritar não é mais efetivo: nas memórias do fracasso vem o grito que a paciente está sempre não experienciando (1969/1994). Nas sessões, o grito é o importante não acontecimento, pois a paciente não consegue nem mesmo lançar mão de uma situação paranoide para gritar com medo de alguma ameaça. Contudo, esse não gritar da paciente é uma negação de algo essencial no fortalecimento da ligação da psique e com o soma, qual seja, o chorar, gritar, berrar, protestar iradamente. A necessidade agora é: gritar de novo, no esperançar de que a mãe esteja lá para ser encontrada.

Aos poucos, na análise, embora Winnicott não traga maiores detalhes, a paciente foi capaz de gritar e protestar (civilizadamente) sobre o atraso do analista para a sessão. Tempos depois, ela tem um sonho em que grita. Aqui, diz o autor, a chave para a situação é o sonho, mas este só se tornou possível como resultado da análise, na qual a esperança a respeito do gritar retornou. O manejo pode ser mais bem explicitado com a fala da paciente: “Não é apenas

uma reação física ao grito [...] é a compreensão. O fato era que *você* sabia e *eu* não, e esta é a única maneira possível de corrigir o fracasso e meu último grito ter dado resultado" (1969/1994, p. 93). Winnicott pôde ver a paciente em sua totalidade, incluindo a parte dissociada, da qual ela não tinha como se dar conta. Na comunicação silenciosa, a mãe sabe do que seu bebê precisa antes mesmo de ele saber; isto possibilitou que a paciente recriasse no sonho a integração experienciada no espaço da relação analista/paciente.

Por outro lado, vejamos a relação do sonho e a fase do desenvolvimento no caso clínico *Piggle: Relato do tratamento psicanalítico de uma menina* (1977). Este é um exemplar da clínica winnicottiana que por si só já mereceu várias dissertações e teses acadêmicas. Aqui pretendemos apenas evidenciar que uma situação paranoide na base de um pesadelo já exige maior complexidade de recursos psíquicos do que os sonhos relativos às fases mais iniciais.

Winnicott ilustra o pesadelo da criança, que contava com dois anos de idade e com recursos egoicos suficientes na definição de seu problema a ser trabalhado. O nascimento recente da irmãzinha e uma condição depressiva da mãe estavam na base de suas preocupações e dificuldades.

A criança tinha pesadelos com uma mãe preta que a aterrorizava ora por roubar seus 'mamas' ora por deixá-la preta, levando-a a despertar gritando e assustada. Para o autor, a situação paranoide desse pesadelo expressa tanto a ameaça de perda da mãe boa (antes do nascimento da irmã) quanto a própria agressividade da criança projetada na mãe preta que a aterrorizava em seu pesadelo (a mamãe preta é a mãe boa que foi perdida).

No caso Piggle, o trabalho analítico direcionou-se no resgate da mãe perdida e à retomada do amadurecimento do ponto em que havia sido interrompido. No caminhar da análise, a criança tem um sonho em que a mãe preta morre com tiros. O sonho resultou do suporte encontrado na vivência da regressão no ambiente familiar e no brincar das sessões, que lhe favoreceram uma experiência integrativa efetivamente psicossomática, afirmada por Winnicott: "Gabrielle descobriu a mãe boa perdida juntamente com sua própria capacidade orgástica, a qual foi evidentemente perdida com a mãe boa" (1977/1987, p. 108).

De importância clínica está o reconhecimento do ponto de origem da falha ocorrida nas fases do desenvolvimento no asseguramento da capacidade e/ou imaturidade egoica do paciente. Por exemplo, no fragmento anterior que ilustra o não gritar da paciente, a falha ocorre junto à fase da provisão básica ao lactente. A interrupção do crescimento impediu-lhe a

aquisição de recursos psíquicos mais sofisticados, levando-a a fazer uso de manifestações psicossomáticas como uma tentativa defensiva aos efeitos desintegradores da falha vivenciada. Já no caso Piggle, da criança de dois anos, a existência da lembrança da experiência boa da mãe aponta para uma falha em fase posterior, quando já contava com a conquista de recursos egoicos mais sofisticados para elaborar a perda sofrida.

Com esses dois fragmentos descritos, Winnicott tenta ilustrar a importância do reconhecimento de dificuldades originadas em fases mais iniciais do amadurecimento, portanto anteriores à fase edipiana. De tal sorte que, na condução da análise, o paciente psicótico exige que o analista seja capaz de suportar a regressão real à dependência. Na construção analítica ao redor das psicoses é preciso considerar que o manejo da regressão à dependência se dá na ambiência da situação analítica nos moldes dos cuidados maternos com o bebê. Nessa condição, o analisando poderá realizar a elaboração imaginativa das experiências mais primitivas de integração e constituição que foram impedidas e/ou truncadas pelo padrão de falha ambiental nos momentos mais iniciais da vida. Já o paciente neurótico exige do analista a capacidade de tolerar ideias e sentimentos (amor, ódio, ambivalência etc.) tanto na compreensão dos processos quanto na interpretação adequada do que o paciente está em condições de admitir conscientemente (1988/1990, p. 80).

Por outro modo, como exemplo da aquisição de recursos egoicos mais sofisticados e para lidar com os conflitos instintuais edípicos podemos assinalar os sonhos plenamente genitais, que segundo Winnicott (1988), é neles que se pode encontrar todos os tipos de trabalhos do sonho formulados por Freud, pois nestes todas as consequências da experiência instintiva genital são enfrentadas: o menino se confronta com a ideia da morte do pai, da castração, de ser responsável pela satisfação da mãe e de um compromisso com o pai, que perpassa pela homossexualidade. Já a menina lida com a ideia de morte da mãe, de estar roubando seu marido, seu pênis, seus filhos, de ver-se à mercê da sexualidade do pai e de um compromisso com a mãe, que perpassa pela homossexualidade (1988/1990).

Mas é preciso ter em mente que, entre a psicose e a neurose, há um leque de necessidades e dificuldades para as quais a construção analítica nem sempre exige o manejo da regressão à dependência, como veremos a seguir no uso analítico de alguns tipos de sonhos descritos por Winnicott: regressivo, depressivo, experiencial e o curativo.

Na obra winniciotiana, como dissemos anteriormente, não há uma psicologia do sonho tal como formulada por Freud e/ou em outras abordagens. Assim é preciso assinalar que esses tipos de sonhos que descreveremos a seguir, embora tragam uma denominação singular, não constituem qualquer categoria e/ou classificação, quer seja da forma ou do conteúdo em si próprios. Esses sonhos foram citados nos textos selecionados, contudo, sem que suas denominações fossem cuidadosamente definidas. Os fragmentos clínicos que ilustram o tema teórico-clínico desenvolvido em cada um dos textos levam-nos a subtender a fonte indutora e a relação desses sonhos com as fases iniciais do desenvolvimento e, por sua vez, nos possibilitam o reconhecimento de subsídios clínicos ao manejo das experiências oníricas provisionadas e vivenciadas no contexto analítico.

4.1 SONHO REGRESSIVO E A REGRESSÃO À DEPENDÊNCIA

Na literatura psicanalítica, o aspecto regressivo do sonho está ligado à natureza primitiva da fonte indutora de ansiedade no conteúdo do sonho manifesto. No sonho regressivo descrito por Winnicott, a fonte indutora é da ordem da agonia impensável e sua característica principal no manejo é a necessidade da regressão à dependência.

O fragmento clínico que ilustra o texto *Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica* (1963) refere-se a uma paciente jovem que, em seus sonhos, se tornava dependente. No período bem próximo a uma viagem de Winnicott, em uma das sessões realizadas, a paciente relata um desses sonhos: ela possuía uma tartaruga, mas a casca era mole, ou seja, o animal estava desprotegido e poderia sofrer. No sonho, ela matava a tartaruga para salvá-la do sofrimento, que era inevitável. Para o autor, a tartaruga era ela mesma, indicando uma tendência ao suicídio e fora em função dessa tendência que ela procurara ajuda na análise.

No início da análise, em seus sonhos, a paciente já era caracterizada como criaturas frágeis e muitas vezes mutiladas e, nesse momento, o sonho com uma tartaruga com casca mole indicava uma regressão à dependência que estava por vir. A fragilidade da paciente está relacionada à falha ambiental, cuja origem se dá na fase da provisão básica ao lactente (dependência absoluta).

Na sessão, o trabalho analítico se direcionou a capacitá-la a perceber uma relação entre a manifestação psicossomática que se agravara e a partida do analista. Winnicott faz a

interpretação de que tanto o sonho como a manifestação psicossomática estavam relacionados à reação sentida frente ao afastamento dele, uma vez que a sua ausência era semelhante à falha materna ocorrida em sua tenra infância, qual seja: a pessoa que a sustentava, ao preocupar-se com algum outro assunto, deixou-a cair e ela se sentiu aniquilada. No sonho, ao se matar, ela teria o controle de não ser aniquilada na vulnerabilidade da dependência (1963a/1983).

A interpretação da reação à viagem e sua semelhança à falha de origem é um exemplo claro de quando a interpretação é o próprio manejo da necessidade do paciente, pois ao sentir que a realidade de sua existência continuaria mantida na preocupação do analista, ela tornou-se capaz de enfrentar seu afastamento. Nos dizeres de Winnicott: “[...] o surpreendente é que uma interpretação pode levar a uma mudança e se pode apenas presumir que a compreensão em nível profundo e a interpretação no momento exato são formas consistentes de adaptação” (1963a/1983, p. 226). Todavia, diz o autor, “[...] um pouco mais tarde, em uma dependência mais completa, a interpretação verbal não seria suficiente, ou poderia ser dispensada” (p. 226).

No trabalho interpretativo do material onírico, Winnicott procura mostrar que o mecanismo intrapsíquico e a dependência, que envolve o ambiente, estão diretamente interligados. Conforme o autor:

Eu tinha muito material nesse caso para interpretação da reação da paciente à minha partida em termos de sadismo oral que faz parte do amor reforçado pela raiva – raiva de mim e de todos os outros em sua vida que a tinham deixado, incluindo a mãe que a desmamara. Eu poderia ter avaliado os prós e os contras, totalmente justificado em termos do que a paciente me relatara, mas então teria sido um mau analista fazendo uma boa interpretação (1963a/1983, p. 228).

Na avaliação da força egoica dessa paciente, Winnicott entendeu que “[...] seu ego era incapaz de acomodar qualquer emoção forte. Ódio, excitação, medo – cada qual se separava como um corpo estranho e se tornava facilmente localizado em um órgão do corpo que entrava em espasmo e tendia a se destruir pela perversão de seu funcionamento fisiológico” (1963a/1983, p. 228). A paciente, embora clinicamente se mostrasse durona e independente, sentia com facilidade a ameaça de aniquilamento e o sentimento de futilidade e ser irreal persistiam aflitivamente.

Outro aspecto a destacar é o motivo pelo qual os sonhos regressivos e de dependência apareceram na análise. Na visão da paciente, veio do fato de o analista não usar cada porção do material para interpretação. Além disto, apesar de saber do quanto a dependência seria dolorosa

e do risco de um suicídio, não via outro jeito para sua análise. Winnicott acrescenta a isso o fato de ele manter-se focado na dependência que estava a caminho, pois se ele não fosse capaz de se defrontar com a dependência da paciente, “[...] ela sucumbiria em uma manifestação psicossomática, que traria o tão necessitado cuidado, mas não o *insight* ou o cuidado psíquico que pode realmente fazer a diferença” (1963a/1983, p. 228-9).

A respeito da caracterização e da relação desse sonho regressivo com a fase do desenvolvimento da paciente, podemos sublinhar a observação de Winnicott, sobretudo, quanto aos efeitos produzidos pelas falhas ambientais na assistência ao lactente. Por conta de sua viagem, o autor diz: “O ponto principal é que como essas falhas são imprevisíveis, não podem ser consideradas como projeções do lactente, porque este ainda não chegou ao estágio de estrutura do ego que torna isto possível e o resultado é o aniquilamento do indivíduo” (1963a/1983, p. 231).

Isto nos leva a assinalar o aspecto referente ao grau de superposição advindo da fantasia e do trabalho operado pelos recursos psíquicos na produção e elaboração do sonho. Nas fases mais iniciais, essa superposição é mínima, como diz Winnicott, uma vez que ainda não podem contar com funções e mecanismos psíquicos resultantes do desenvolvimento de formas mais complexas e especializadas da elaboração imaginativa. Com isto, o autor sugere explicitar sua afirmação de que ‘o sonho é explícito em si próprio e o afeto é verdadeiro’, encontrada, em seus textos, na ilustração de vários sonhos de pacientes, cujas dificuldades são oriundas de fases iniciais e/ou de psicóticos. Ou ainda quando afirma que os sonhos de psicóticos têm um grau menor de distorção do que os de pacientes neuróticos. Por exemplo, no fragmento clínico de *Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade* (1958f) faz a observação: “[...] este sonho tem uma superposição sofisticada muito menor do que nos sonhos da Sra. H., pois a paciente é psicótica e não neurótica. Por esse motivo o afeto é evidente” (1958f/2000, p. 268).

Esse é um aspecto que diferencia a tarefa e o uso analítico do sonho da clínica winnicottiana de outras abordagens (Freud, Klein, Bion), que acreditam que os mecanismos de projeção e introjeção se encontram presentes desde o nascimento. Em Freud, apesar da existência desses mecanismos desde o nascimento, o sonho do paciente psicótico encontra-se dentro do problema da analisabilidade (Blum, 1976). Em Klein e Bion, a tarefa interpretativa indicada é a mesma para todo tipo de paciente. Já, em Winnicott, o uso analítico do sonho toma direções diferenciadas no acesso às primitivas experiências da história de vida do paciente e a

tarefa analítica traz especificidades próprias no tratamento e na retomada do amadurecimento do paciente psicótico, depressivo e do neurótico.

4.2 SONHO DEPRESSIVO E A PERDA DA TRANSICIONALIDADE

Em *Objetos transicionais e fenômenos transicionais* (1953c), texto retomado em 1971, Winnicott cita o sonho depressivo no fragmento clínico que ilustra o subítem *Psicopatologia manifestada na área dos fenômenos transicionais*. O caso refere-se a uma paciente esquizoide que vivenciou várias separações traumáticas.

A sessão inicia-se, diz o autor, com um sonho que poderia ser descrito como depressivo: “Continha um material transferencial direto e revelador, onde o analista aparecia como uma mulher avarenta e dominadora, o que a deixou ansioso pelo analista anterior, que lhe representava uma figura muito masculina” (1953c/1975, p. 38). Na compreensão da paciente, o seu analista anterior será sempre mais importante do que o atual, uma vez que, como veremos na descrição da sessão, a ausência do analista anterior é mais real do que a presença de Winnicott, o analista atual.

O autor não traz maiores detalhes do porquê o denomina depressivo. Todavia, três dos subitens do texto nos aproximam do sentido do termo depressivo. No subitem, em que trata da relação do objeto transicional com o objeto interno,³⁵ Winnicott deixa claro que:

[...] O bebê pode usar um objeto transicional quando o objeto interno está vivo, e é real e suficientemente bom (não muito persecutório). Mas esse objeto interno depende, quanto às suas qualidades, da existência, vitalidade e comportamento do objeto externo. O fracasso deste em alguma função essencial leva indiretamente à morte, ou a uma qualidade persecutória do objeto (1953c/1975, p. 24).

Na inadequação persistente do objeto externo, o objeto interno deixa de ter sentido para o bebê, e então o objeto transicional também fica sem sentido. Com isto, Winnicott sugere estar se referindo à angustiante perda do objeto interno e do objeto transicional, em função da falha ambiental.

No subitem *Ilusão-desilusão*, Winnicott afirma o papel adaptativo da mãe suficientemente boa em prover o bebê no processo que vai da ilusão à desilusão. A tarefa

³⁵ Objeto interno, conceito de Klein (1934).

materna constiste em uma adaptação ativa às necessidades do bebê, que gradativamente diminui segundo a capacidade crescente do bebê em lidar com o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração.

No subitem em que trata da *Ilusão e valor da Ilusão*, Winnicott assinala que

[...] se tudo corre bem nesse processo gradativo de desilusão, o palco está pronto para as frustrações que reunimos sob a palavra desmame; deve-se lembrar, porém, que, quando falamos sobre os fenômenos (que Klein [1940] esclareceu especificamente em seu conceito sobre posição depressiva) que se reúnem em torno do desmame, estamos presumindo o processo subjacente, o processo através do qual é propiciada a oportunidade para a ilusão e a desilusão gradativa (1953c/1975, p. 28).

Com referência à posição depressiva, podemos evidenciar que Klein (1940) trata da “[...] angústia, chamada depressiva, que incide no perigo fantástico de destruir e perder a mãe por causa do sadismo do sujeito; essa angústia é combatida por diversos modos de defesa [...] e superada quando o objeto amado é introjetado de forma estável e tranquilizadora” (Laplanche; Pontalis, 1995, p. 345). Entre os modos de defesas, apontados por Klein, encontram-se as defesas maníacas, bem como defesas mais adequadas como reparação e a inibição da agressividade.

Importa assinalar que Winnicott usa os termos realidade interna e de fantasia diferentemente de Klein. Diz o autor: “[...] a realidade interna deve ser ela própria descrita em termos de fantasia. Não é, porém, sinônimo de fantasia, visto que esse termo é usado para indicar a fantasia que é pessoal e organizada, relacionada historicamente a experiências físicas de excitação, prazeres e dores da infância” (1958k/2000, p. 200). O indivíduo usa a fantasia como parte do esforço para lidar com a realidade interna, contudo na defesa maníaca o que opera é uma fantasia onipotente. Nesse caso, a fantasia e o devaneio³⁶ são manipulações onipotentes da realidade externa. Em outros termos, diz Winnicott: “[...] o indivíduo chega à realidade externa através de fantasias onipotentes produzidas na tentativa de livrar-se da realidade interna” (1958k/2000, p. 200).³⁷

³⁶ O termo devaneio exige um estudo se ele possui ou não dois tipos de sentido, um tipo saudável e o tipo patológico quando opera onipotentemente.

³⁷ Nesse texto, a respeito do termo fantasia, em nota de rodapé, introduzida em 1957, diz o autor: “atualmente eu diria ‘o fantasiar’ (*phantasying*)” (1958k/2000, p. 2000), o que nos leva a entender que o fantasiar faz parte da defesa maníaca, embora a sua etiologia possa se originar em fases mais iniciais do desenvolvimento.

Por outro modo, Winnicott (1958k) assinala que a defesa maníaca se organiza em relação às ansiedades vinculadas à depressão, que é o estado de espírito resultante da coexistência de amor, voracidade e ódio nos relacionamentos entre os objetos internos. As principais características da defesa maníaca, todas inter-relacionadas, que se manifestam em:

Negação da realidade interna. Fuga da realidade interna para a realidade externa. Manutenção das pessoas do mundo interno em ‘animação suspensa’. Negação das *sensações* de depressão – a saber, as sensações de peso e de tristeza – por meio de sensações especificamente opostas, de leveza, bom humor etc. Emprego de praticamente todos os opostos na tentativa de reassegurar-se contra a morte, o caos, o mistério etc., ideias que pertencem ao *conteúdo fantástico da posição depressiva*” (1958k/2000, p. 203. Grifo no original).

Grosso modo, possivelmente o termo sonho depressivo aponta para a angústia e/ou ansiedades depressivas vinculadas ao processo de relacionamentos entre os objetos internos.

Posto isto, queremos evidenciar a importante contribuição winniciottiana sobre a área dos fenômenos transicionais, no que diz respeito ao processo de ilusão e desilusão subjacente à posição depressiva (Klein 1940), sobretudo porque é esta que mais nos aproxima do sentido do termo sonho depressivo, quando da perda da transicionalidade.

A psicopatologia no processo de ilusão-desilusão tem sua origem em uma falha ambiental persistente que leva da ilusão para uma desilusão abrupta podendo resultar em desespero e um estado confusional. Nesse caso, o que emerge, reativamente à perda da confiabilidade no ambiente, é a desesperança na relação de objeto. Aqui, o sentido do termo sonho depressivo, relativo à perda da transicionalidade, aponta, não para uma angústia depressiva, mas para a desesperança resultante de falha ambiental no processo de desilusão.

Para melhor explicitarmos a origem da desesperança manifestada na área dos fenômenos transicionais, importa sublinharmos que em Winnicott “[...] se o uso do objeto pelo bebê se transforma em algo, então tem de ser o começo da formação, na mente ou na realidade psíquica pessoal do bebê, de uma imagem do objeto” (1967/1975, p. 135). Mas tanto a imagem como a imago, para se manterem vivas e significantes, dependem do reforço trazido pela presença real da mãe, separada e concreta, juntamente com o cuidado infantil. O autor explicita:

[...] o sentimento de que a mãe existe dura x minutos. Se a mãe ficar distante mais do que x minutos, então a *imago* se esmaece e, juntamente com ela, cessa a capacidade do bebê de utilizar o símbolo de união. O bebê fica aflito, mas

essa aflição é logo corrigida, pois a mãe retorna em $x + y$ minutos. Em $x + y$ minutos, o bebê não se alterou. Em $x + y + z$ minutos, o bebê ficou traumatizado. Em $x + y + z$ minutos, o retorno da mãe não corrige o estado alterado do bebê (1967b/1975, p. 136-6).

Em seu extremo, a ausência materna produz uma ruptura na continuidade de vida do bebê e defesas primitivas são organizadas contra o retorno da agonia impensável ou do estado confusional próprio da desintegração da estrutura do ego, ainda incipiente. Em outros casos, a lembrança ou a representação interna da mãe podem esmaecer e, concomitantemente, os fenômenos transicionais se tornam gradativamente sem sentido.

Com isto, podemos retomar o fragmento clínico ilustrado em *Objetos transicionais e fenômenos transicionais* (1953c). A paciente era invadida por um fantasiar em que está viajando de trem e há um acidente. A angústia que lhe invade é: como os filhos e/ou o analista vão saber do acontecido? Ou seja, poderia gritar, mas sua mãe não escutaria. Associado a isso, a paciente atribui sua dificuldade em lidar com o primeiro filho ao fato de que se ausentou em viagem com o marido, durante três dias, coincidindo com o início de uma nova gravidez. Ao voltar, contaram-lhe que a criança, com dois anos de idade, havia chorado sem parar durante quatro horas. Por um bom tempo ela teve dificuldade de restabelecer o contato com o filho, que veio a sofrer nova ausência com o nascimento do irmão.

A respeito dos efeitos da ausência materna além do tolerável pelo bebê, diz Winnicott:

[...] do ponto de vista da criança, a mãe está morta. É isto que significa estar morto. Trata-se de uma questão de dias, horas ou minutos. Antes que certo limite seja atingido, a mãe ainda está viva; depois de transposto o limite, ela morreu. Entrementes, há um precioso momento de raiva, rapidamente perdida, porém, ou nunca experimentada, talvez, sempre potencial e trazendo consigo o medo da violência (1953c/1975, p. 39).

Isso tem a ver com a época em que a criança ainda depende do ambiente para manter as pessoas vivas na realidade psíquica interna. Como veremos, esse é o padrão da falha ocorrida no histórico de vida mais primitivo dessa paciente. Na tentativa de manter viva a recordação do objeto, o real passou a ser a ausência, a lacuna e a morte do objeto. Na sessão, um bom exemplo disto é a rememoração das várias separações traumáticas que essa paciente vivenciou na infância e para as quais necessitou organizar novos conjuntos de defesas. A sua infância constituiu-se em um longo exercício precisamente nessa área.

Aos onze anos de idade, ela foi morar com outra família no período de evacuação durante a guerra. Lá ela esqueceu-se dos pais, mas o tempo todo defendeu sistematicamente “[...] o direito de não chamar os que dela cuidavam de ‘tio’ e ‘tia’, segundo o procedimento habitual” (1953c/1975, p. 40). Para Winnicott, a negação de dar qualquer nome a eles era a maneira negativa que a paciente encontrara de recordar a mãe e o pai em sua infância. Em função do padrão estabelecido em sua infância primitiva, em todas as situações subsequentes de sua vida, a única coisa real é a falta ou lacuna.

Aqui, podemos retomar a afirmação inicial de que ‘o sonho continha um material transferencial direto e revelador’, uma vez que ele reflete a dinâmica defensiva da paciente em sua relação com o objeto (analista), repetindo o padrão estabelecido com a ausência da mãe em sua tenra infância, qual seja, ao negar a presença do analista atual mantém viva a recordação do analista anterior.

Essa posição de morte ou ausência surge ainda mais claramente no material transferencial da sessão. Em dado momento, ela teve uma amnésia específica que a aborrecera. Todavia, na comunicação dirigida a Winnicott, “[...] esse ponto em branco poderia ser o único fato e a única coisa real. A amnésia é real, ao passo que aquilo que foi esquecido perdeu sua realidade” (1953c/1975, p. 40). Em associação a isso, a paciente recordou a existência de uma manta no consultório que usara para um episódio regressivo durante uma sessão analítica. Nesse momento, ela não a usaria, porque a manta que não se encontra ali é mais real do que a manta que o analista pudesse oferecer.

A paciente defronta-se com a irrealidade da manta em seu significado simbólico. Isso, diz o autor, tem a ver com o precário ponto de apoio que uma pessoa pode ter na representação interna de um objeto perdido. Esse sentido vai seclareando à medida que a paciente fala de sua imaginação e dos limites do que ela acreditava que fosse real em sua infância. Conforme Winnicott descreve,

‘Não acreditava realmente que houvesse um anjo parado ao lado de minha cama; mas eu costumava ter também uma águia presa por uma corrente ao meu pulso’. Era o que parecia real a ela, certamente, e a ênfase estava nas palavras ‘presa por uma corrente a meu pulso’. Possuía também um cavalo branco que era tão real quanto possível e que ela ‘montaria para todas as partes e que amarraria a uma árvore e todo esse tipo de coisas’. Ela gostaria realmente de ter um cavalo branco agora, de maneira a poder lidar com a realidade da experiência desse cavalo e torná-la real de outro modo. [...] (a paciente), exclamou: ‘Imagino querer algo que nunca se perca’. Formulamos isso dizendo que a coisa real é a coisa que não se encontra ali. A corrente constitui

uma negação da ausência da águia, que é o elemento positivo (1953c/1975, p. 41).

Apesar das separações, a paciente conseguiu tornar reais seus símbolos durante um bom tempo a custo de seu intelecto privilegiado, que utilizara para manter as coisas funcionando. Todavia, ao lado desse uso do intelecto, ela se deparava permanentemente com um medo de defeito mental.

Na sessão, chegou, então, à lembrança de um incidente significativo em que sua mãe lhe dissera: “Mas nós “ouvimos” quando você chorava durante todo o tempo em que estivemos longe” (1953c/1975, p. 42). Como estavam a quatro milhas de distância, a paciente indagara a si própria se seria possível que a sua mãe tivesse lhe dito uma mentira. Na ocasião, aos dois anos de idade, não pôde enfrentar o fato e tentou negar o que sabia ser verdade: sua mãe realmente mentira.

Winnicott descreve a distorção ocorrida, qual seja: a criança possuía objetos transicionais e havia fenômenos transicionais e todos eles simbolizavam algo e eram reais para a criança. No entanto, precisou duvidar da realidade daquilo que eles representavam, “[...] se eram simbólicos da devoção fidedigna da mãe, permaneciam sendo reais em si próprios, mas aquilo que representavam não era real. A devoção e a fidedignidade maternas eram irreais” (1953c/1975, p. 42).

Em resultado das separações, para a paciente, o que sobrara fora um sentimento de perda de tudo que conquistara: a mãe, os animais e os filhos, donde conclui: tudo o que consegui é aquilo que não consegui. Winnicott, então, cala-se por não saber o que lhe dizer. A paciente fica contente pelo silêncio, ela preferia que ele realmente não tivesse dito nada. No aspecto transferencial, em seu silêncio (ausência) Winnicott estaria ligado ao analista anterior, cujo anseio, em última instância, refere-se à mãe, àquela antes da falha materna, a quem ela estará sempre buscando.

Antes de ir embora, a paciente diz: “É assim que vejo a época da minha partida, durante a evacuação [na guerra]: como se eu tivesse ido ver se meus pais estavam lá. Parece que eu acreditava poder encontrá-los” (1953c/1975, p. 43). Para conseguir uma resposta, ela levara um ou dois anos e a resposta era de que eles não estavam lá e era essa a realidade.³⁸

³⁸ Em termos da perda ou da não conquista do objeto transicional, no texto *Sobre a criança carente e de como ela pode ser compensada pela perda da vida familiar* (1965a), Winnicott deixa claro que, no atendimento de crianças

Nesse fragmento clínico, o fio condutor da reconstrução analítica foi a compreensão da distorção decorrente da falha ambiental ocorrida ao redor do desmame junto ao processo da desilusão na fase da transicionalidade.

No uso analítico desse sonho depressivo podemos sublinhar quatro aspectos importantes apontados por Winnicott: 1º. “[...] o simbolismo só pode ser corretamente estudado no processo do crescimento de um indivíduo, e que possui, na melhor das hipóteses, um significado variável” (1953c/1975, p. 19); 2º. é preciso “[...] guardar em mente as distinções existentes entre os fenômenos, em termos de sua posição na área situada entre a realidade externa ou compartilhada e o sonho verdadeiro” (p. 44); 3º. o material onírico está relacionado com as demandas e dificuldades inerentes à fase da transicionalidade, cujas tarefas dizem respeito à separação eu e não eu, à capacidade de simbolização e à preparação da conquista do sentido da realidade externa; e 4º. o sonho traz os indícios das tarefas do amadurecimento a serem retomadas e, consequentemente, o norteamento do trabalho analítico.

Assim, podemos assinalar que o uso analítico do sonho exige a observância da correlação existente entre o material onírico relatado e a fase do desenvolvimento emocional. A seguir descreveremos os chamados ‘sonhos experientiais’ que se dão na área do brincar e da cultura.

4.3 “SONHOS EXPERIENCIAIS”

Tal como o brincar, Winnicott localiza a experiência cultural no espaço potencial situado na área intermediária existente entre o interno e externo. Indubitavelmente, o conceito do objeto transicional e dos fenômenos transicionais levaram-no a estudar essa área intermediária, a da experiência do viver, que não é sonho nem relação de objeto, mas ao mesmo tempo que não é nem um nem outro, é também ambos (1968/1994). Este é o paradoxo essencial, diz o autor, que é preciso aceitar sem tentar resolvê-lo. Nessa área, em que o sonho e a vida se tornam a mesma coisa, estão os ‘sonhos experientiais’ que se dão nas experiências do brincar e das experiências culturais.

(pacientes) que não chegaram a ter um objeto transicional ou o tiveram e o perderam, de nada adiantaria dar um objeto à criança (paciente), pois esse objeto precisa ser representativo de alguém. Quanto ao manejo adequado, diz o autor, se a criança (paciente) desenvolver a confiança na pessoa que lhe cuida, então, “[...] logo aparecerão objetos que simbolizam profundamente essa pessoa. Isso será visto como bom sinal, assim como o fato de a criança conseguir lembrar-se de um sonho, ou sonhar com um fato realmente acontecido” (1965a/1993, p. 211).

Winnicott concebe “[...] a experiência cultural como extensão direta do brincar das crianças, e, em verdade, dos bebês, desde a idade do nascimento e talvez antes” (1968/1994, p. 160). Mas, sobretudo, considera que o impulso criativo está na base de todas as experiências do brincar, com todas as vicissitudes que as acompanham, quer dolorosas, quer prazerosas, seja nas brincadeiras ou nas experiências culturais ou em ambas.

Assim, importa assinalar que o brincar inclui o jogo, mas não se reduz a ele. Em *A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências* (1968d), o autor afirma as brincadeiras entre as formas de se manter a vivacidade da comunicação e explicita que não está se referindo a diversões e jogos, ou anedotas, mas às brincadeiras onde nascem a afeição e o prazer pela experiência (1968d/1999). O ponto fundamental, que queremos destacar na experiência do brincar e na experiência cultural, é que, conforme o autor:

A interação da mãe com seu bebê resulta em uma área que poderíamos chamar de território comum, a terra de ninguém que na verdade é de cada um, o local onde se oculta o mistério, o espaço potencial que pode se transformar em objeto transicional, o símbolo da confiança e da união entre o bebê e a mãe, uma união que não envolve interpretação (1968d/1999, p. 89).

Não menos por isto, o autor concebe a análise como uma forma altamente especializada do brincar. Com referência ao uso analítico do sonho, na correlação que Winnicott (1968) faz, fica claro que há uma diferença no material produzido no brincar e na experiência cultural com o material onírico do sonho profundo, subtendido como do inconsciente reprimido. No entanto, a compreensão do termo onírico fica mais complicada, quando o autor pressupõe que o brincar se aproxima do reservatório total do que poderia ser sonhado e das camadas mais profundas do inconsciente (1964d/1999). Esse questionamento foge ao escopo dessa pesquisa, mas a necessidade de seu aprofundamento mostra-se teoricamente pertinente.

De antemão, dos textos selecionados que serão estudados nos subitens a seguir, podemos ressaltar que as experiências do brincar e da cultura se dão na vigília e se realizam no espaço potencial situado entre o interno e o externo. Winnicott trata também de um tipo de sonho relativo às experiências culturais, que se dá no lado interno do espaço potencial, situado do lado do sono da linha que divide a vigília e o sonhar.

4.3.1 A experiência do brincar e a busca do si-mesmo

No fragmento clínico descrito em *O brincar: a atividade criativa e a busca do eu* (1971r), Winnicott ilustra a experiência de um brincar regressivo a um estado rudimentar, ainda sensório motor, manifestado na atividade não intencional da paciente. Afirma-a como uma experiência altamente terapêutica, pois possibilita a comunicação e aproximação da paciente com o absurdo de seu funcionamento em estado não integrado. À primeira vista, a atividade da paciente na sessão dificilmente pode ser reconhecida como um brincar, em função da aparente desconexão das falas e da inquietante motilidade.³⁹ Todavia, é exatamente pelo aspecto desconexo, sem intencionalidade, realizado numa zona neutra e com destino ainda desconhecido, que o autor concebe que o tatear do início da personalidade pode ser alcançado. A descrição da sessão tenta mostrar como a confiabilidade no contexto analítico e o manejo da atividade não intencional e do brincar regressivo acabaram por dar realidade experiencial a um estado muito inicial do desenvolvimento. Poderíamos dizer que, enquanto o sonho regressivo aponta para a regressão, no brincar se dá a vivência da regressão.

Por outro lado, é preciso ter em mente que o eixo que vincula todo tipo de experiência do brincar é exatamente a tarefa da elaboração imaginativa operando na constituição, integração e manutenção da personalidade do indivíduo. Ao mesmo tempo, importa assinalar que há um nível de maturidade egoica exigido pela complexidade do brincar alcançada nas fases do amadurecimento. Por exemplo, a atividade lúdica do brincar sensório-motor se diferencia da complexidade do brincar compartilhado do *Jogo do Rabisco*, que consiste em transformar o rabisco em algo, conforme ilustrado em *Tolerância ao sintoma em pediatria* (1953b), assim como do brincar ilustrado em *O recém-nascido e sua mãe* (1964c), que trata de uma criança de dois anos representando o papel de sua irmãzinha que acabara de nascer e tentava estabelecer um novo relacionamento com a irmã. No brincar dessa criança, por exemplo, a sua maturidade egoica capacita-a para estabelecer o jogo, definir a tarefa e o papel a ser representado pelos participantes. No jogo, sentada no colo do pai, ela deslizou várias vezes até o chão dizendo: ‘Sou um bebê’! (1964c/1999, p. 35). Winnicott, por sua vez, tinha de representá-la, ficar zangado, derrubar os brinquedos e dizer: ‘Não quero uma irmãzinha’! A representação prosseguiu por várias vezes. Na experiência desse brincar, a criança pôde encenar, representar

³⁹ O termo brincar regressivo é usado segundo sugestão da Profa. Dra. Rosa Maria Tosta, pois o brincar rudimentar refere-se a estados muitos iniciais do amadurecimento.

e elaborar tanto o processo de nascimento, a situação, assim como os seus sentimentos a respeito da irmãzinha.

Outro importante aspecto da experiência do brincar está na sua diferença com o *fantasiar*, uma vez que ambos ocorrem na vida desperta. Em *O brincar e a cultura* (1968) Winnicott concebe uma associação estreita entre o brincar, a fantasia e o sonho, relacionando o brincar com “[...] jogos e coisas tais como a imaginação ativa, onde se tenta deliberadamente fazer uso de elementos surpreendentes que a imaginação ocasiona” (1968/1994, p. 160). O brincar é uma experiência psicossomática concreta que se dá no tempo e no espaço enquanto o *fantasiar* (*phantasying*) é um fenômeno mental, sem que o fator tempo opere; trata-se de um material dissociado da personalidade do indivíduo.

No *fantasiar*, nenhuma experiência tem possibilidade de acontecer, até mesmo porque essa defesa primitiva impede tanto o contato com a realidade interna quanto o acesso à realidade externa. Já a experiência do brincar se dá na área da criatividade e pode elaborar imaginativamente todo tipo de sentimento, seja relativo à realidade interna e/ou à externa, consciente e/ou inconsciente.

Na reflexão da experiência do brincar utilizaremos o fragmento clínico que se refere a uma paciente com uma dissociação primária e submissão, descrito por Winnicott em dois de seus textos, ambos reunidos no livro *O brincar e a realidade* (1971a). Em *Sonhar, fantasiar e viver* (1971h), usa esse fragmento para tratar e ilustrar o manejo do *fantasiar*. No texto *O brincar: a atividade criativa e a busca do eu* (1971r), retoma-o para ilustrar o manejo da atividade não intencional, o estado da amorfia. A escolha desse fragmento se dá pelo fato de observarmos também o ponto a partir do qual se faz necessário o manejo da regressão à dependência no alcance das experiências constitutivas mais primitivas.

No texto de 1971(h), Winnicott descreve o *fantasiar* em função de um estado de dissociação na personalidade do sonhador. Na diferenciação entre o sonho e o *fantasiar*, o autor pressupõe uma correspondência entre o sonho e o viver, isto é, o sonho se ajusta ao relacionamento com objetos no mundo real e o viver alinha-se ao mundo onírico. Já o *fantasiar* é um fenômeno isolado e desvinculado do sonhar e do viver. No *fantasiar*, o indivíduo chega à realidade externa através de fantasias onipotentes usadas para livrar-se da realidade interna, o que lhe impede a vivência da imaginação no viver criativo. Para melhor ilustrar o contraste entre o sonho e o *fantasiar*, o autor assinala que a paciente em questão:

[...] pode estar sentada em seu quarto e, enquanto não faz absolutamente nada, exceto respirar, ela (em sua fantasia) pintou um quadro [...] ou esteve dando um passeio pelo campo; do ponto de vista do observador, porém, nada disso aconteceu. De fato, nada tem possibilidade de acontecer pelo fato de tanta coisa estar acontecendo, no estado dissociado (1971h/1975, p. 46).

De outro lado, ela pode estar sentada em seu quarto, pensando no trabalho do dia seguinte e traçando planos a respeito ou pensando sobre suas férias e “[...] isso poderia constituir uma investigação imaginativa do mundo e do lugar onde sonho e vida são a mesma coisa” (1971h/1975, p. 46). O uso defensivo do *fantasiar* pela paciente é o que mais bem mostra a diferença entre o sonho e o seu *fantasiar*:

Evidentemente *havia um sonho que se transforma nesse fantasiar* quando ela despertava e queria comunicar-me de maneira explícita que estava deserta enquanto fantasiava. [...] poder-se-ia dizer que estava notando a ausência de um clímax psicossomático (1971h/1975, p. 53. Itálicos nossos).

Com essa observação, Winnicott reafirma o sonho como uma experiência psicossomática, diferentemente de um exercício intelectual, dissociado no tempo e no espaço, característico do *fantasiar*.⁴⁰ O autor destaca ainda a inacessibilidade do material dissociado do *fantasiar*, uma vez que este não tem como se tornar consciente, pois não existe uma pessoa total que se dê conta dos estados de dissociação. Diferentemente, a experiência do brincar possibilita o acesso ao potencial onírico total, incluído aí o inconsciente mais profundo.

A origem do *fantasiar* dessa paciente é descrita no relacionamento com a mãe, que se transformou, de maneira prematura e abrupta, de algo muito satisfatório em desilusão, levando-a ao desespero e à desesperança na relação de objeto. A falha ocorre ao redor do desmame, quando já havia um ego em formação que, em protesto à submissão, encontrou “[...] no fantasiar

⁴⁰ Masud Khan (1972) afirma que nem todo sonho deve ser interpretado, sobretudo um tipo de sonho que denomina de ‘sonho mau’, caracterizado na análise de um de seus pacientes como “[...] longos sonhos bizarros que negavam tanto os esforços libidinais como a realização de desejo e limitavam a elaboração imaginativa da pulsão, que é a função da fantasia e do sonho verdadeiro na realidade psíquica interna” (1972/1977, p. 374). Descreve o sonho mau como “[...] um tipo de sonho que rompe com a consolidação intrapsíquica de algum processo intrapsíquicamente emergente e em andamento na vida ou no processo analítico” (p. 372). Em sua gênese, procura explicá-lo pelo *fantasiar*, conceito winnicottiano apresentado em *Sonhar, fantasiar e viver* (1971h), levando-o a definir o sonho mau como uma estrutura psíquica defensiva advinda da dissociação e oriunda do padrão de falha ambiental nos estágios iniciais do desenvolvimento. No entanto, o fenômeno do *fantasiar* não é sonho, não lhe caberia, pois, a estrutura e caracterização de um sonho tipificado como mau, tal como concebido por Masud Khan (1972). Até mesmo porque, no caso relatado nesse texto, o *fantasiar* é uma defesa contra o sonhar e que consistia justamente em transformar o sonho no *fantasiar*. Isso fica reforçado quando, à medida que a paciente retoma a esperança, gradativamente começa a tornar-se uma pessoa total e a perder suas dissociações rigidamente organizadas, o *fantasiar* começa a se transformar em uma imaginação relacionada com o sonho e com a realidade.

uma defesa ao sonhar e ao viver, dois fenômenos que, sob muitos aspectos, constituem um só” (1971h/1975, p. 51-2).

Como filha mais nova, conseguiu adaptar-se à convivência com os familiares, porém numa base de submissão. Em sua história, o confronto entre sua inadequação e o que as pessoas esperavam dela constituiu motivo de intenso pesar e ressentimento, deixando-a em perigo de suicídio. Nas brincadeiras com os irmãos mais velhos, apenas representava qualquer papel que lhe fosse atribuído. Os irmãos davam-se conta de que ela não contribuía, mas sem perceberem sua ausência no *fantasiar*. Do ponto de vista da paciente, enquanto participava das brincadeiras, permanecia durante o tempo todo empenhada no fantasiar.

Em certas ocasiões, na medida em que era sadia, agia como uma pessoa total, era bastante capaz de lidar com as frustrações, que são próprias do princípio de realidade. No estado doentio, não havia necessidade de qualquer capacidade para isso, porque a realidade não era encontrada. Esse nada fazer no *fantasiar* apenas preenchia uma lacuna e consistia em um estado essencial de nada fazer, enquanto fazia tudo. Assim que a paciente começou a pôr algo em prática, tal como pintar ou ler, descobriu suas limitações, pois aí era preciso abandonar a onipotência do *fantasiar*.

No *fantasiar*, qualquer interpretação é inócuia; antes, é preciso que o analista perceba a pessoa total, incluindo a parte dissociada e, gradativamente, quando as dissociações vão sendo integradas, a interpretação se torna necessária e adequada. Winnicott utiliza dois dos sonhos dessa paciente, que foram sonhados em fase avançada da análise, para ilustrar como o material trancado na fixidez do *fantasiar* começava a se libertar no sonho e no viver.

No primeiro sonho, a paciente sentia um intenso ressentimento da mãe, pois ela a privara de ter seus filhos. Intrigada com o contraditório do sonho, pois ele manifestava seu desejo de ter um filho enquanto que, conscientemente, em relação a crianças, nutria apenas o sentimento de protegê-las contra o seu nascimento. Mas acrescentou: “[...] é como se eu tivesse a sensação furtiva de que certas pessoas não acham a vida tão má assim” (1971h/1975, p. 51).

No segundo sonho descrito, a paciente encontrava-se em uma sala com muitas pessoas e sabia que estava noiva de um palerma. Voltou-se para a pessoa mais próxima e disse: “Aquele homem é o pai do meu filho” (1971h/1975, p. 50). Em sua descrição, esse era um tipo de homem de quem jamais gostaria. Na compreensão de Winnicott, a paciente informava a si mesma que tinha uma criança e podia dizer ao analista que era uma menina com aproximadamente dez

anos. “Na realidade, ela não tinha crianças, mas podia perceber, através desse sonho, que temido uma criança por muitos anos e que a criança estava crescendo” (p. 50). Isso também explicava uma de suas primeiras observações na sessão ao perguntar se se vestia de modo demasiadamente infantil, uma vez que já era de meia-idade. Em alguma medida, estava perto de reconhecer que tinha de se vestir para aquela criança, bem como para seu eu de meia-idade.

Inicialmente, esse sonho foi relatado sem qualquer vinculação afetiva. Após uma hora e meia de sessão, a paciente deixou-se envolver pelo sentimento: ela pôde experimentar uma onda de ódio, que tinha uma qualidade nova, em relação à mãe. Ao mesmo tempo, a paciente deu-se conta de que o ‘palerma’, no sonho, foi usado para esconder da mãe que o marido dela, ou seja, seu próprio pai, era o pai de sua filha. Para o autor, por um lado, isso significa que a paciente se encontrava muito próxima do sentimento de ser assassinada pela mãe, e, por outro, o valor terapêutico da sessão atrelou-se à intensa raiva sentida no reconhecimento de que em sua infância não houve uma pessoa que lhe possibilitasse a experiência de ser ela mesma.

A análise teve sucesso no destravamento do *fantasiar*, levando a paciente até a sua meninice, mas ainda não havia chegado à fase mais primitiva de sua história de vida, em que o fracasso ambiental tem sua origem. Na terceira sessão seguinte a dos sonhos descritos acima, a paciente inicia-a dizendo que acordou à meia noite e se viu cortando, planejando e trabalhando no molde de um vestido e deu-se conta de tudo que acontecia, mas estava acordada. Durante a sessão, enquanto tentavam estabelecer a diferença entre o *fantasiar* e o sonhar, a paciente teve um *insight* para o significado do acontecido: “[...] precisamos de outra palavra, que não seja sonho nem fantasia” (1971h/1975, p. 53). Para Winnicott, a palavra a ser reconduzida ao sonho era amorfia, que é aquilo que se assemelha com o material antes de ser moldado, cortado, ajeitado e agrupado e, num sonho, isso se referiria à sua personalidade e autonomia.

Em *O brincar: a atividade criativa e a busca do eu* (1971r), Winnicott ilustra o manejo da experiência do referido *estado de amorfia*. Este é definido como um estado inicial a partir do qual o indivíduo pode começar a ser ele mesmo, criativo e espontâneo, precipuamente essencial nos casos em que “[...] o paciente necessita de uma nova experiência de um estado não intencional, uma espécie de tiquetaquear, digamos assim, da personalidade não integrada” (1971r/1975, p. 81).

Em termos da tarefa analítica, Winnicott assinala uma diferença entre a atividade intencional e a alternativa de ser não intencional.⁴¹ Na associação livre permite-se ao paciente no divã, ou à criança entre os brinquedos no chão, que comunique uma sucessão de ideias, pensamentos, impulsos, sensações sem conexão aparente. Nessa situação, é exatamente onde há intenção, ansiedade ou a necessidade de defesa que o analista reconhece e aponta a conexão existente entre os vários componentes do material emergido da associação livre. Em contraste:

[...] no relaxamento próprio à confiança e à aceitação da fidedignidade profissional do ambiente terapêutico [...] há lugar para a ideia de sequências de pensamento aparentemente desconexas, as quais o analista fará bem em aceitar como tais, sem presumir a existência de um fio significante (cf. Milner, 1957, especialmente o apêndice, p. 148-163) (1971r/1975, p. 82).

Nesse caso é necessário que o terapeuta perceba o absurdo do estado mental em repouso do paciente, sem apontá-lo e sem organizá-lo, uma vez que o uso do processo da associação livre para descobrir alguma organização no absurdo faz com que “[...] o paciente abandone a área do absurdo, devido à desesperança de comunicá-lo. Uma oportunidade de repouso foi perdida, em função da necessidade do terapeuta de encontrar sentido onde este não existe” (Winnicott, 1971r/1975, p. 82). Em consequência, o paciente revive a angústia original de não poder repousar, devido a um fracasso da provisão ambiental que impidiu ou desfez o sentimento de confiança.

No manejo desse estado de repouso e no alcance do brincar criativo, Winnicott considera uma sequência: a) relaxamento em condições de confiança baseada na experiência; b) atividade criativa, física e mental, manifestada na brincadeira; e c) a somação ou reverberação dessas experiências formando a base do sentimento do *eu* (*si-mesmo*) (1971r/1975). Com essa sequência, afirma: “Nessas condições altamente especializadas, o indivíduo pode reunir-se e existir como unidade, não como defesa contra a ansiedade, mas como expressão do EU SOU, eu estou vivo, eu sou eu mesmo. Nesse posicionamento tudo é criativo” (1971r/1975, p. 83).

Vejamos o manejo da atividade não intencional que estamos presumindo como uma experiência de um brincar regressivo. Winnicott relata que o material clínico da sessão “[...] era

⁴¹Em nota de rodapé, Winnicott faz a observação de que as atividades intencional e não intencional possivelmente se refletem em dois tipos de sono, denominados de REM (*rapid eye movements*) e NREM (*no rapidy eye movements*), contudo, sem trazer maiores detalhes a respeito. A análise dessa paciente se dá na década de 50, que no contexto histórico da literatura psicanalítica coincide com a época do debate sobre o estado regressivo do sono e sua relação com a configuração da situação analítica, conforme descrito no capítulo II desta pesquisa.

da natureza de um brincar sensório e motor, de natureza inorganizada e amorfa" (1971r/1975, p. 87), conduzindo a uma zona neutra e com atividade sem resultado determinado, mas a partir do qual a experiência da desesperança e do soluçar sobre sua inexistência foi alcançada.⁴²

Nessa atividade, durante quase duas horas, com falas desconexas e longas pausas, a paciente sentou na cadeira, andou pela sala, sentou-se no chão, debruçou-se sobre o divã ou sobre a almofada. Nesse ínterim relatou um sonho, sonhado na noite anterior, no qual uma estudante continuava a trazer-lhe quadros que desenhara. Ela angustiava-se de como podia dizer-lhe que esses quadros não apresentavam melhorias.

Vale a pena observarmos que, nesse sonho sonhado na noite anterior, a paciente encontra-se absorta em um estado dorminte. Na atividade não intencional, embora desperta, a paciente está absorta em sua inquietante motilidade, nas longas pausas, nas frases soltas e desconexas, até se aproximar das angústias de sua inexistência e chorá-las intensamente. Esse é um aspecto importante, pois para o observador há apenas um aparente enlouquecimento; contudo, algo mais está acontecendo na experiência. Em primeiro, Winnicott leva em conta o *insight* da paciente como um indício da necessidade da vivência desse estado de amorfa. Em segundo, sustenta a paciente e a situação e, mantendo o pé na realidade, assegura o estado regressivo da paciente. Após duas horas, como se despertasse e/ou fosse a primeira observação que dirigesse a Winnicott, a paciente comenta: “- Fico contente por você saber que eu precisava dessa sessão” (1971r/1975, p. 87).

A partir desse momento, ela se faz presente na relação transferencial. A paciente passa a falar sobre ódios específicos e desenha num pedaço de papel um cartão comemorativo de seu aniversário, que chamou de seu ‘dia de morte’. Em seguida, ao tentar rememorar a sessão, se dá conta de que não consegue lembrar, ficando em dúvida se havia dito para o analista ou se estivera falando consigo mesma. A esse respeito Winnicott faz uma interpretação:

Todos os tipos de coisas acontecem e definham. São essas as miríades de mortes que você morreu. Mas, se existir alguém através de quem você possa receber de volta o que aconteceu, então, qualquer detalhe ganha importância; dessa maneira, tornam-se parte de você e não morrem (1971r/1975, p. 88).

Em vista do esquecimento da paciente e de sua necessidade de ter os pormenores refletidos de volta, Winnicott vai estabelecendo vínculo temporal entre as falas e os

⁴² A sessão completa encontra-se descrita em (1971r/1971a). *O brincar – a Atividade criativa e a busca do eu (Self)*. In: O brincar e a realidade. (1971a/1975, p. 83-92).

acontecimentos. Nessa intervenção feita, podemos também sublinhar, segundo o autor, “[...] a maneira pela qual conversar consigo mesmo não trazia qualquer reflexo de volta, a menos que representasse uma transposição de que tal conversa tivesse sido refletida de volta por alguém que não a própria pessoa” (1971r/1975, p. 91).

Em seguida, passam a conversar sobre poesia, especialmente relacionada ao querer ser. A paciente, então, comenta que as pessoas utilizam Deus como um analista, alguém que fique observando enquanto se está brincando. Winnicott aponta-lhe que esse Deus seria uma pessoa para quem ela tivesse importância. O problema, diz a paciente, é que se ela é importante para ele, tentaria fazer coisas que o agradassem, mas a partir disso conclui que possivelmente tivesse o desejo de não ficar bem.

O autor assinala que essa interpretação da paciente poderia ter sido roubada se ele a tivesse feito logo após o relato do sonho dos quadros que não apresentavam melhorias. Winnicott reafirma-lhe que não estar bem significava não ser boa, pois estar bem nesse sentido era falso, uma vez que apenas tentava ajustar-se ao código moral familiar. A paciente acrescenta:

- Sim, estou utilizando meus olhos, meus ouvidos e minhas mãos como instrumentos; eu nunca SOU CEM POR CENTO. *Se deixasse minhas mãos vaguearem, poderia encontrar um eu... entrar em contato com um eu... não poderia. Precisaria vaguear por horas. Não poderia permitir-me ir em frente* (1971r/1975, p. 91. Grifo maiúsculo no original e Itálico nosso).

Nessa fala podemos inferir o *insight* da paciente sobre a amorfia, pois ‘vaguear’ é um termo que descreve bem o que fizera durante as duas primeiras horas da sessão: “Se deixasse minhas mãos vaguearem, poderia encontrar um eu... entrar em contato com um eu...” (1971r/1975, p. 91). Na experiência da atividade não intencional, ela pôde ‘vaguear’ até aproximar-se o mais possível de si mesma, e isto só foi possível em função do manejo sustentador conduzido por um analista (mãe) que se encontra disponível quando é solicitado, tanto para reafirmar sua presença quanto para refletir de volta o acontecido no ‘vaguear’ (brincar) da paciente (criança).

Associado à fala do ‘vaguear’, a paciente diz: “- Tentei mostrar-lhe eu sendo sozinha; [...] essa é a maneira pela qual avanço quando estou sozinha, embora sem palavra alguma, uma vez que não me permito começar a falar comigo mesma” (1971r/1975, p. 87). Em seguida, conta do uso que fazia de uma série de espelhos em seu quarto, referindo-se à busca de qualquer

pessoa que refletisse de volta algo que fosse seu. Winnicott assegura-lhe que era a si mesma que procurava, de que ela existia nessa procura. O autor insiste: “[...] o sentimento do *eu* (*si-mesmo*) surge na base de um estado não integrado que, contudo, por definição, não é observado e recordado pelo indivíduo e que se perde, a menos que seja observado e espelhado de volta por alguém em quem confia, que justifica a confiança e atende à dependência” (p. 88).

Na sessão seguinte, ao retomarem esse tema, a paciente faz uma pergunta, da qual o autor não traz maiores detalhes, mas que os levariam a uma longa discussão, e Winnicott aponta-lhe que naquele momento, a pergunta estava na base de tudo, ou seja, ela existia na pergunta.

O essencial, diz o autor, é que a pergunta surgira de sua criatividade e essa criatividade constituía uma reunião de si mesma após o relaxamento. De importância clínica, podemos sublinhar que, ao ser sustentado e refletido pelo analista, o ‘vaguear’ da paciente ganhou realidade e a paciente pôde vivenciar uma experiência integrativa na área da criatividade originária. A paciente faz a interpretação: “- Sim, compreendo; tal como a partir do buscar, a partir da pergunta se poderia postular a existência de um EU!” (1971r/1975, p. 92).

O buscar, diz o autor, só pode vir a partir do funcionamento amorfo e desconexo ou do brincar rudimentar numa zona neutra. Nesse estado não integrado da personalidade é que o criativo pode emergir. Para tanto, a assistência do ambiente se faz necessária, pois: “Refletido de volta, *mas apenas nesse caso*, torna-se parte da personalidade individual organizada e, no conjunto, acaba por fazer o indivíduo ser, ser encontrado, e acaba por permitir que postule a existência do *eu*, *si-mesmo*” (1971r/1975, p. 92-3. Itálico no original).

Winnicott afirma a importância do contexto analítico em propiciar oportunidade para a experiência amorfa e para os impulsos criativos, motores e sensórios, que constituem a matéria-prima do brincar:

É com base no brincar que se constrói a totalidade da existência experiencial do homem. Não somos mais introvertidos ou extrovertidos. Experimentamos a vida na área dos fenômenos transicionais, no excitante entrelaçamento da subjetividade e da observação objetiva, e numa área intermediária entre a realidade interna do indivíduo e a realidade compartilhada do mundo externo aos indivíduos (1971r/1975, p. 93).

Por fim, outro aspecto que podemos citar a respeito do uso analítico do sonho no manejo da regressão à dependência, bem como do brincar rudimentar junto aos fenômenos transicionais, é que, muitas vezes, “[...] o paciente regredido está à beira de reviver situações de sonho e da memória. A atuação do sonho pode ser o modo pelo qual o paciente descobre o que é urgente. Falar sobre o que foi atuado pode seguir-se à ação, mas não pode precedê-la” (Winnicott, 1955d/2000, p. 385).

No caso da paciente em questão, podemos dizer que a atuação do sonho relatado, no qual cortava o vestido antes de ser moldado, se transformou em um brincar regressivo. Neste brincar, a atividade investigativa operada no ‘vaguear’ da atividade não intencional permitiu à paciente aproximar-se do absurdo do seu funcionamento mental, chorar suas angústias e encontrar-se em si mesma.

Esta é, sem dúvida, uma das contribuições winniciotianas mais inovadora ao uso analítico do sonho. Vejamos, a seguir, o que Winnicott descreve como sonho relativo às experiências culturais.

4.3.2 Sonho relativo às experiências culturais

No *Adendo à localização da experiência cultural* (1967), Winnicott inicia-o dizendo: “Desde que descrevi o artigo sobre *A localização da experiência cultural* vim a ter gradualmente uma necessidade inesperada de algo que correspondesse à experiência cultural, mas que se achasse localizado dentro desta, ao invés de fora” (1967/1994, p. 157). Nesse texto, Winnicott concebe um tipo de sonho constituído pelas experiências culturais, mas que se realiza no espaço potencial situado no lado do sono da linha que divide a vigília e o sonhar. Diz o autor:

No artigo anterior, afirmei que há necessidade de algum espaço potencial para a localização do brincar e da cultura em geral. A impressão deliberadamente fornecida era de que este espaço potencial, se existisse, ficaria fora da linha que divide o interno do externo. Quero agora referir-me a um espaço potencial que fica do lado de dentro dessa linha (1967/1994, p. 157).⁴³

⁴³ No original: “In the previous paper I stated that there is a need for some potencial space for the location of playing and cultural experience in general. The impression given deliberately was this potencial space if it existed would be outside the line that divides inner from outer. I now want to refer to a potencial space that is on the side of this line” (1967/1989, p. 200).

De antemão, é preciso sublinhar que tanto o indivíduo quanto o ambiente contribuem para o espaço potencial. Como diz Winnicott, o espaço da interação do bebê e sua mãe é um território de ninguém, não é do bebê (interno) nem da mãe (externo), mas ao mesmo tempo é de ambos (tanto do interno quanto do externo). Neste texto, Winnicott está se referindo a um sonho que se constitui das experiências vividas nesse território, mas se produz no lado interno do espaço potencial. O autor usa de uma experiência pessoal para ilustrar e explicitar tal tipo de coisa:

Talvez valha a pena registrar que me descobri precisando muito de dormir, sentado no chão do meu quarto, de frente para sua extremidade escura. Adormeci pensando sobre que caso ilustraria adequadamente o jogo do *squiggle* e ao acordar fiquei surpreso com o que surgiu. O sonho me disse o que era que eu estava tentando formular e, quando despertei, antes de abrir os olhos, sabia ao certo que estava de frente para a janela; naturalmente, porém, também sabia, [...], que estava voltado na outra direção. [...]. Finalmente, quandoachei [...] que se eu abrisse os olhos veria a janela, proporcionei-me o luxo da experiência completa de despertar e descobri-me de frente para o outro lado, com as costas para a janela (1967/1994, p. 157).

A descoberta singular, conforme o autor, é a de que, no sonho de que se ocupara durante o sono, estava tendo uma experiência em uma área que chama de ‘meu clube’. Explicita que este ‘clube’ é uma espécie de comunidade que fica exatamente do lado onírico da vigília, e, contudo, não é material onírico do sonho profundo (1967/1994).⁴⁴

Esse tipo de sonhar começara havia mais de trinta anos de quando escreveu esse adendo, mais precisamente, na ocasião em que se desligara do Athenaeum. Na série desses seus sonhos sonhada ao longo do tempo, existe uma continuidade definida no tempo. De início sonhava que ia em direção à costa sul e lá, entre as colinas, descobriu uma grande casa que parecia estar vazia ou a ela não tinha acesso. Ao longo dos anos ganhou acesso e esse lugar tornou-se uma comunidade. Diz o autor: “As pessoas nela cresceram, desenvolveram seus relacionamentos, mudaram, e, de modo geral, esse clube me concedeu um tremendo senso de estabilidade, muitíssimo correspondente ao uso que as pessoas fazem de um clube tal como o Athenaeum” (1967/1994, p. 158).

⁴⁴ Aqui também fica claro a necessidade de um estudo sobre a área do inconsciente da qual proveem o sonho, o brincar e a experiência cultural. Por exemplo, o sonho profundo parece provir do inconsciente reprimido. Somado a isto, estudar o sentido do termo onírico em Winnicott, tendo-se em vista que a experiência cultural à qual se refere nesse texto se dá no lado onírico da vigília.

Na compreensão do contexto das experiências vivenciadas no ‘clube’ interno desses seus sonhos, importa assinalar que, no clube Athenaeum, fundado em 1824 em Londres, os associados eram homens com interesses intelectuais e, preferencialmente, com alguma distinção na ciência, literatura ou nas artes.⁴⁵ Assim, por exemplo, certa noite, Winnicott teve uma experiência muito vívida no sonho. Ele e um grupo de amigos, usando vários carros, haviam saído para visitar outro clube, no qual daria uma palestra. Mas, além de estarem atrasados, estavam usando trajes inadequados para o evento, fazendo com que a anfitriã se queixasse de suas aparências desajeitadas.

Nesse sonho, o aspecto principal é o de que a experiência vívida, até certo ponto, era uma continuação da vida do clube sonhada em noites anteriores, na qual os amigos cresceram, evoluíram e/ou se modificaram em suas variadas experiências sonhadas. Winnicott acrescenta: “Como neste tipo de sonhar existe uma continuidade muito definida no tempo, com referência à sua situação, tenho de colocá-lo exatamente do lado do sono da linha existente entre a vigília e o sonhar” (1967/1994, p. 158).

O autor entende que há um relacionamento entre esse tipo de sonhar e o mundo em desenvolvimento da fantasia de um romancista. Por exemplo, relaciona sua experiência nesse sonhar com a John Galsworth, autor de *A saga dos Forsyte*, que, no decorrer de alguns anos, com um desenvolvimento contínuo em sua mente, criou os personagens com personalidades e características definidas, incluindo até mesmo doenças.⁴⁶ Ou ainda, quando explicita a necessidade de um autor escrever suas experiências, a fim de não se tornarem um bloqueio em sua mente; assinala que um tipo de clube, ou o que corresponesse a um clube, deve ter funcionado na mente de um Tolstói, levando-o a escrever tais experiências de maneira que os personagens pudessem crescer, evoluir e morrer.

Winnicott concebe que esse tipo de sonho possui um relacionamento com o sonho e a fantasia da brincadeira da infância; contudo, jamais conterá as excitações e ansiedades de vulto

⁴⁵ A partir de 2002, as mulheres foram aceitas como membros do clube. Entre 1828 e 1921, foi criada a revista literária Athenaeum, composta por artigos, resenhas e notícias políticas e científicas. Os textos incluíam obras da literatura, belas artes, música e teatro, ciência e política. No século XX, entre os que contribuíram para a revista encontram-se Max Beerbohm, Edmund Blunden, T. S. Eliot, Robert Graves, Thomas Hardy, Aldous Huxley, Edith Sitwell, Julian Huxley, Katherine Mansfield e Virginia Woolf, entre outros (WIKIPEDIA, 2016).

⁴⁶ *A saga dos Forsyte*, publicada pela primeira vez sob esse título em 1922, é uma série de três romances e dois interlúdios publicados entre 1906 e 1921 pelo premiado nobel autor inglês John Galsworthy. Eles relatam as vicissitudes dos principais membros de uma grande família comercial inglesa de classe média alta, semelhante à de Galsworthy, pertencente ao *status* de “novo rico”, que caracteriza um “homem de propriedade” em virtude de sua capacidade de acumular bens materiais (WIKIPEDIA).

que pertencem ao sonho profundo. O autor faz ainda a observação de que, nesse tipo de sonho, a mente é ativa, criativa e está no controle, diferentemente do sonho profundo. Por outro modo, notou que um excesso de chá ou café eleva muitíssimo a sua capacidade de viver nessa área enquanto está adormecido. Diz o autor: “[...] o sono que é apenas possível, mas ameaçado pela insônia, é o lugar onde vivo com relação a todas as pessoas de meu clube, e estou muito contente por tê-lo” (1967/1994, p. 159).

Até aqui fica claro que os sonhos relativos às experiências culturais trazem características que, por um lado, os assemelham ao sonho, mas, por outro lado, os distanciam dos sonhos relativos ao inconsciente reprimido. Esse tipo de sonho se diferencia também do *fantasiar* dissociado da personalidade, pois nesse tipo de sonho está a elaboração imaginativa operando na criação e significação das experiências culturais.

A importância clínica é de que o analista possa distinguir esse tipo de sonho relativo às experiências culturais daqueles relativos às fases iniciais do desenvolvimento e daqueles do inconsciente reprimido. O *Adendo à localização da experiência cultural* leva-nos a entender que: a) a característica principal desse tipo de sonho é que ele se constitui no interior das experiências culturais; b) ele está intrinsecamente relacionado à conquista do espaço potencial, em fase inicial do desenvolvimento, na vivência das experiências oníricas quer no sonho quer na vigília; e c) o lugar em que esse sonho se realiza é o lado interno do espaço potencial, ou seja, no lado do sono entre a vigília e o sonhar.

Mas temos ainda a importante questão teórica no que diz respeito à afirmação: “A impressão deliberadamente fornecida era de que este espaço potencial, se existisse, ficaria fora da linha que divide o interno do externo. Quero agora referir-me a um espaço potencial que fica do lado de dentro dessa linha” (1967/1994, p. 157).

Winnicott não traz maiores detalhes teóricos desse lado interno do espaço potencial. Em nossa busca bibliográfica, com exceção desse *Adendo*, não encontramos nenhum outro texto a respeito. Na literatura psicanalítica, Khan (1972) concebe o conceito ‘espaço sonho ou espaço onírico’, definindo-o “[...] como uma estrutura intrapsíquica específica, em que a pessoa concretiza determinados tipos de experiências [...] que se diferenciam da experiência biológica geral do sonhar e do sonho como criação mental simbólica” (p. 379). Todavia, diferentemente do texto winnicottiano, que relaciona o lado interno do espaço potencial aos sonhos relativos às experiências culturais, Khan assenta seu conceito de espaço sonho na observação e no estudo

das consultas terapêuticas com crianças, nas quais Winnicott usava o *Jogo do Rabisco*. Nos dizeres do autor: “Comecei a descobrir, no meu trabalho clínico com adultos, que eles podem usar o espaço sonho exatamente da mesma maneira que a criança usa o espaço transicional do papel para rabiscar” (Khan, 1972, p. 378).

De suas observações clínicas, Khan (1972) descreve que “[...] o sonho que se concretiza no espaço sonho de determinado paciente leva à personalização da experiência onírica e tudo o que ela acarreta em termos de pulsão e relacionamento objetal” (p. 378). Com isto, concebe que “[...] o espaço sonho é um equivalente psíquico interno do que Winnicott conceitualizou como o espaço transicional que a criança estabelece a fim de descobrir seu *self* e a realidade externa” (p. 379).

De antemão, a concepção khaniana do espaço onírico/sonho, a partir do *Jogo do Rabisco*, como ‘um equivalente psíquico interno do espaço transicional’ exige um estudo mais apurado, tendo-se em vista que, no *Jogo do Rabisco*, a experiência do brincar se dá na vigília e é vivenciada no espaço potencial situado entre o interno e o externo.

Em termos de correspondência entre a experiência do brincar e todo tipo de sonho, conforme pretendido por Khan (1972), podemos ressaltar a tarefa da elaboração imaginativa na personalização da experiência e tudo o que ela acarreta em termos de instintuo e relacionamento objetal. Afora isto, no *Adendo à localização da experiência cultural*, Winnicott (1967) afirma o sonho relativo às experiências culturais sonhado em estado adormecido ou dorminte e produzido no lado interno do espaço potencial. Ao mesmo tempo, implica nesse tipo de sonho uma continuidade das experiências bem definida no tempo e vivenciadas em uma comunidade cultural.

Ao considerarmos o lado interno do espaço potencial implicado com a continuidade das experiências vivenciadas em uma longa série de sonhos, nos deparamos com outras questões que suscitam interesse clínico, pois necessariamente a continuidade depende da manutenção e pertencimento a uma comunidade cultural. Por exemplo, em *Pós-escrito: D. W. W. sobre D. W. W.* (1967), Winnicott faz uma correlação de seus trabalhos com os de outros autores. Além de citar diversos nomes, descreve: “[...] comigo, assim como outras pessoas, o desenvolvimento do pensamento se deu ao longo da linha de algo que tem a ver com o crescimento e, se acontece assemelhar-se a alguém mais, isso apenas aparece por estarmos todos lidando com o mesmo material” (1967/1994, p. 437). Na realidade, diz o autor, a série de

seus trabalhos mais significativos foi uma continuação de algo que aconteceu em sua análise pessoal, na qual teve uma série de sonhos. Diz o autor:

Não me lembro de nenhum deles, mas o ponto é que sabia que outros escreveram sobre esse mesmo assunto. Sabia também que esses sonhos eram diferentes, não se destinavam à análise, mas eram uma consolidação de um trabalho realizado. [...]. De maneira que, após o final da análise, estas coisas assumem a forma de artigos que sentimos que temos de escrever (1967/1994, p. 437).

Winnicott chama a atenção para a abrangência do que é possível ser sonhado no contexto cultural, para além do sonho analisável, tendo-se em vista que a série desses seus sonhos, embora sonhada no período de sua análise, diz respeito ao desenvolvimento do seu pensamento em termos de gradual crescimento e está relacionada com os seus estudos e os do grupo de pensadores psicanalíticos do qual fazia parte. Nesse caso, há um crescimento no próprio pensamento, que se dá junto às experiências vivenciadas no contexto do grupo psicanalítico. Por outro modo, a sua experiência no grupo da pediatria, possivelmente, ajudou-o a tecer a singularidade de sua contribuição junto aos pensadores psicanalíticos.

Mais ainda, em *O brincar e a cultura* (1968), Winnicott entende que a criança que está brincando utiliza materiais da realidade externa ou partilhada para a expressão do material onírico. Todavia, diz o autor:

O sonho pessoal acha-se lá, mas duas crianças podem construir casas semelhantes por causa do denominador comum existente nos materiais de construção e também por causa dos elementos arquetípicos do sonho. Duas crianças, mesmo gêmeos idênticos, não podem ser iguais, se a realidade psíquica pessoal for incluída por baixo das marcas superficiais da personalidade (1968/1994, p. 161).

Na afirmação fica claro que o sonho pessoal é um fator singular da experiência onírica. Um bom exemplo disto é relatado por Claire Winnicott (1989), segunda esposa do autor, no sonho que Winnicott descreve em carta escrita para ela, no começo de 1950. Assim descrito:

Noite passada, sonhando, tirei algo inteiramente inesperado do que você disse. Subitamente você se juntou à coisa mais próxima a que posso chegar de meu objeto de transição: era algo que sempre soube, mas perdi a lembrança dele e,

nesse momento, fiquei consciente do que era. Havia uma boneca muito antiga, chamada Lily, que pertencia à minha irmã mais moça, e eu sempre gostei muito dela e fiquei muito aflito quando caiu e se quebrou. Depois de Lily, odiei *todas* as bonecas. Mas, sempre soube que, antes de Lily, havia *quelque chose* minha própria. Sabia, retrospectivamente, que devia ter sido uma boneca, mas nunca me ocorrera que não era, tal como eu próprio, uma pessoa, isto é, era uma espécie de outro eu, e um não-eu feminino, parte de mim e, ao mesmo tempo, não, e absolutamente inseparável de mim. Não sei o que aconteceu a ela. Se amo você como amei esta (tenho de dizer?) boneca, amo você totalmente. E acredito que amo. Naturalmente, amo você por todos os tipos de outras maneiras, mas esta coisa me veio como nova. Senti-me enriquecido, e mais uma vez com vontade de escrever meu artigo sobre objetos de transição (adiado para outubro). (Você não se importa, se importa – com isto a respeito de você e do O.T.?) (Winnicott, C., 1994, p. 12).

Por outro lado, como denominadores comuns da experiência onírica estão a cultura e os elementos arquetípicos do sonhar. Os elementos arquetípicos foram estudados por Jung e estão relacionados com o inconsciente coletivo, conceito que não aparece na obra winnicottiana. No entanto, ao tratar da constituição do mundo interno, Winnicott faz uma vinculação entre as ‘experiências instintuais’, enquanto um grupo de fenômenos invariantes, e ‘as experiências arquetípicas’ apresentadas por Jung. Assim, o termo de ‘experiências instintuais’ pode ser referido pela expressão ‘experiências arquetípicas’, conforme o autor:

[...] o que acontece aqui pertence à humanidade como um todo, e propicia as bases de tudo aquilo que é *comum* aos sonhos, à arte, à religião e aos mitos do mundo, independentemente do tempo. É dessa matéria que é feita a natureza humana, mas somente nos casos em que o indivíduo alcançou a posição depressiva (1955c/2000, p. 369).

Na explicitação de Loparic (2014), os sonhos, a arte, a religião e os mitos do tipo junguiano resultam da elaboração imaginativa das funções corporais, mais particularmente, das do tipo digestivo, que possuem certos traços invariantes. Diz o autor:

[...] aqui o vínculo com Jung termina, pois Winnicott recorre à sua teoria do amadurecimento para dizer que esses invariantes estão presentes na natureza humana ‘somente nos casos em que o indivíduo alcançou a posição depressiva’, ou seja, quando já está estabelecida a divisão entre o interno e o externo, e não, como diz a teoria junguiana do inconsciente coletivo, porque os seres humanos, em todos tempos e lugares, seriam constituídos pelas mensagens vindas do além-mundo (2014, p. 69-70).

Mais especificamente, isto nos leva a considerar que, em Winnicott, a experiência onírica inclui algo que é pessoal, que é criado pelo indivíduo, embora se revista dos invariantes determinados filogeneticamente, conforme Freud, e os herdados arquetipicamente, segundo Jung. Além dos sonhos e dos mitos, Winnicott acentua o papel das experiências culturais na continuidade da cultura humana, tendo-se em vista que, nas experiências mais primitivas do bebê, é a adaptação materna às necessidades dele que torna ontogeneticamente possível o desenvolvimento de suas capacidades (1971a/1975).

A respeito do sonho relativo às experiências culturais, há ainda um aspecto fundamental que Winnicott assinala: “[...] com o termo cultura estou pensando em algo que pertence ao fundo comum da humanidade, para o qual indivíduos e grupos podem contribuir, e do qual todos nós podemos fruir, se tivermos um lugar para guardar o que encontramos” (1967b/1975, p. 138). Desse modo, esse ‘lugar para guardar o que encontramos’ se inicia desde as primeiras experiências do bebê vivenciadas com a mãe e estas formam um padrão individual das experiências culturais.

Em termos de subsídios clínicos ao uso analítico do sonho, a importância clínica está no reconhecimento da existência de um espaço potencial que possibilita ao indivíduo vivenciar as experiências culturais quer na vigília quer no sonho. Ao tratar de tipos de psicoterapia, mais especificamente a pacientes cujas dificuldades decorrem da privação, Winnicott assinala que o trabalho analítico é feito sobre uma fina camada que se encontra em algum lugar entre o inconsciente profundamente enterrado e a vida consciente e a memória do paciente. O autor acrescenta:

Em pessoas normais, a camada entre o consciente e o inconsciente é preenchida por aspirações culturais. A vida cultural do delinquente é notoriamente escassa, pois para ele não há liberdade, exceto na fuga para o sonho não-lembrado ou para a realidade. Qualquer tentativa de explorar a área intermediária não conduz nem à arte nem tampouco à religião ou ao brincar, mas ao comportamento antissocial compulsivo (1965k/1997, p. 210).

Da mesma maneira, podemos considerar o empobrecimento e adoecimento daqueles pacientes que não são delinquentes, mas por não contarem com o espaço potencial, também não conseguem usufruir da riqueza das experiências oníricas do sonhar, a não ser os sonhos não lembrados. Mais ainda, é preciso estar ciente de que a experiência cultural é um espaço fortalecedor e mantenedor da integração, constituição e da saúde do ser humano. Em seu texto

A *imaturidade do Adolescente*, Winnicott estuda a sociedade em termos do crescimento e rejuvenescimento que advêm naturalmente da saúde de seus membros saudáveis (do ponto de vista psiquiátrico). Diz o autor: “[...] precisamos aceitar o fato de que pessoas psiquiatricamente saudáveis dependem, para serem saudáveis e para sua plenitude pessoal, do fato de *serem leais a uma área limitada da sociedade*; talvez ao clube de bocha local (1969c/1999, p. 149).

À guisa de conclusão, podemos dizer que o sonho relativo às experiências culturais está diretamente implicado com o viver criativo do indivíduo. Em contrapartida, à ausência do espaço potencial remonta o adoecimento e empobrecimento da personalidade e do viver do indivíduo. A contribuição winniciotiana desse tipo de sonho amplia significativamente a experiência refletida nos sonhos e no uso que o sonhador faz de cada um deles no âmbito do viver e extrapola a função analisável do sonho provindo do inconsciente reprimido.

4.4 SONHO CURATIVO

O texto *O ódio na contratransferência* (1949f) ajuda no estudo analítico do sonho exatamente por tratar da contratransferência, assim como do ódio na fase do uso do objeto, além de ilustrar o sonho do analista na compreensão das dificuldades existentes na sua relação com o paciente. Na análise de psicóticos, a tensão existente na relação analista/paciente tem uma qualidade e dimensão próprias. Por exemplo, enquanto “[...] um paciente neurótico tenderá a ver no analista uma ambivalência em relação a ele (paciente), e a esperar por uma cisão entre o amor e o ódio do analista. Esse paciente, se tiver sorte, recebe o amor porque alguma pessoa está recebendo o ódio” (Winnicott, 1949f/2000, p. 279).

Já um paciente psicótico não consegue perceber a ambivalência do amor e ódio, eles são percebidos literalmente como um único sentimento. Nesse caso, diz o autor, “[...] o paciente terá a profunda convicção de que o analista só é capaz de relacionar-se com ele desse mesmo fenômeno brutal e perigoso de ‘amor e ódio coincidentes’ (1949f/2000, p. 279). Assim, se o analista demonstrar amor ao paciente é desastroso, pois, para ele, o amor virá acompanhado do ódio.

Winnicott acentua que a chamada ‘coincidência de amor e ódio’ é algo distinto da agressividade que complica o impulso do amor primitivo e indica que, na história de vida desse paciente, ocorreu um fracasso do ambiente à época dos primeiros impulsos destrutivos. Com isto, muitas vezes no trabalho clínico com esses pacientes, em certos momentos da análise, os

fenômenos contratransferências representarão o elemento central da análise. Winnicott assinala:

Se for inevitável que ao analista sejam atribuídos sentimentos brutais, é melhor que ele esteja consciente e prevenido, pois lhe será necessário tolerar que o coloquem nesse lugar. Acima de tudo ele não deve negar o ódio que realmente existe dentro de si. O ódio que é legítimo nesse contexto deve ser percebido claramente, e mantido num lugar à parte para ser utilizado numa futura interpretação (1949f/2000, p. 279).

Na ilustração desse texto, Winnicott descreve uma dificuldade pessoal associada a uma de suas pacientes psicóticas. Durante alguns dias, ele teve a sensação de estar trabalhando mal, cometendo erros a respeito de cada um de seus pacientes. A dificuldade esclareceu-se quando teve um sonho ‘curativo’. O autor assinala:

Diga-se de passagem, que durante a minha análise e nos anos seguintes ao seu término, tive uma longa série desses sonhos ‘curativos’, que, apesar de serem muitas vezes desconfortáveis, marcaram cada um a minha chegada a um novo patamar de desenvolvimento emocional (1949f/2000, p. 281).

Não encontramos em outros textos novas referências aos sonhos curativos, mas, como será descrito a seguir, esse tipo de sonho exige do indivíduo a capacidade de tolerar a ansiedade de castração e a de tipo psicótico. O seu trabalho elaborativo demarca um novo patamar de integração e crescimento.

O sonho tinha duas fases. Na primeira, ele estava no alto da galeria de um teatro, olhando para as pessoas que estavam na plateia bem abaixo. Sentiu uma forte ansiedade, como se fosse perder um de seus membros. Isto foi associado à sensação que teve no alto da Torre Eiffel de que, se pusesse sua mão para fora da mureta, ela cairia ao chão. Para o autor, esta era uma ansiedade de castração. Na segunda fase do sonho, Winnicott percebeu que as pessoas na plateia estavam assistindo a uma peça e ele se conectava através delas com o que ocorria no palco. Surgiu-lhe um novo tipo de ansiedade. O que ele sabia era que simplesmente não tinha o lado direito do corpo. Não se tratava de castração, era mais a sensação de não ter aquela parte do corpo. Ao acordar deu-se conta de que havia compreendido num nível profundo qual era a sua dificuldade naquele momento específico.

A primeira parte do sonho dizia de ansiedades comuns a respeito de seus pacientes psicóticos. No caso, Winnicott corria o risco de perder a mão ou os dedos, se os pacientes se interessassem por eles. Com esse tipo de ansiedade, diz o autor, ele já estava acostumado e era bastante tolerável. A segunda parte do sonho referia-se ao relacionamento com sua paciente psicótica. Essa paciente exigia-lhe que não se relacionasse de modo algum com seu corpo, nem mesmo na imaginação. Winnicott explicita que a paciente não tinha um corpo reconhecido como seu. Desse modo: “Qualquer referência ao seu corpo provocava ansiedades paranoides, isto porque afirmar que ela tinha um corpo equivalia a persegui-la. O que ela precisava de mim era que eu tivesse apenas uma mente falando com a sua mente” (1949f/2000, p. 281).

Na noite anterior ao sonho, no auge de sua dificuldade, Winnicott ficou irritado e disse a ela que o que ela precisava dele não passava de ninharias. A consequência foi desastrosa e várias semanas foram necessárias até recuperar a análise. O ponto crucial, entretanto, era o de que, enquanto analista, tinha de compreender a sua própria ansiedade, a qual, no sonho, estava representada pela ausência do lado direito do seu corpo quando tentou entrar em contato com a peça que as pessoas da plateia assistiam. Conforme descreve:

Esse lado direito do meu corpo era o lado que tinha uma ligação com essa paciente específica, sendo consequentemente afetado por sua necessidade de negar totalmente até mesmo uma relação imaginária entre os nossos corpos. A negação estava provocando em mim essa ansiedade de tipo psicótico, muito menos tolerável que a ansiedade de castração comum (1949f/2000, p. 282).

Donde concluí que, fossem outras quaisquer possíveis interpretações cabíveis a esse sonho, a consequência de tê-lo sonhado e recordado foi a de lhe ser possível recuperar o dano causado por sua irritação, cuja origem era uma ansiedade reativa de um tipo compatível com o contato com uma paciente que não tinha corpo (1949f/2000, p. 282).

Em termos do amadurecimento, um aspecto teórico importante a respeito do ódio é o de que o bebê, enquanto não se tornar uma pessoa inteira, não tem possibilidade de odiar a mãe; tudo o que faz é a partir de seu amor incompadecido. A mãe, no entanto, odeia seu bebê desde o início e deve ser capaz de tolerar o sentimento de ódio contra o bebê sem fazer nada a esse respeito. Uma das vias encontradas vem das canções de ninar que os pais cantam para o bebê, mas não são canções sentimentais. O sentimentalismo não tem utilidade para os pais, sendo antes mais uma negação do ódio, o que se torna prejudicial ao bebê.

No desenvolvimento, “[...] quando o paciente está à procura de um ódio legítimo, objetivo, ele deve ter a possibilidade de encontrá-lo, caso contrário não se sentirá capaz de alcançar o amor objetivo” (1949f/2000, p. 281). Muitas vezes, o paciente, após readquirir a esperança, passa a testar o ambiente a fim de ter certeza da presença viva de uma pessoa humana que é real e capaz de odiar objetivamente. Assim, esse aspecto teórico trata também do estágio do uso do objeto. Neste, é exatamente pela experiência da destrutividade do objeto que é criado o sentido da externalidade. Como vimos, esta tarefa depende essencialmente da capacidade do analista de sobreviver aos ataques inerentes ao crescimento até que o paciente possa integrar seus próprios aspectos.

Por fim, a respeito do sonho curativo e da contratransferência, podemos dizer que, na análise, a interpretação do ódio do analista pelo paciente implica risco e exige o mais cuidadoso *timing* possível. Todavia, a análise permanecerá incompleta, se o analista não pontuar o que fez, quando o paciente, por estar tão adoecido, não podia se dar conta do acontecido (1949f/2000).

.....

Com isto, finalizamos a pesquisa bibliográfica teórica e clínica do uso analítico do sonho, com a qual reafirmamos que Winnicott “[...] sempre priorizou a *sustentação* do processo, dando tempo para que o paciente pudesse, no seu tempo próprio, ir elaborando os impasses e abrindo caminho ao devir e evitando qualquer processo interpretante de decodificação simbólica, realizado sem a *sustentação* necessária” (Naffah Neto, 2007, p. 451. Itálico no original). Em outras palavras, o processo analítico é eminentemente experiencial, pois, em última instância, trata-se de fazer passar pela área da *experiência*, portanto, da *criatividade* originária, acontecimentos fundamentais ao processo de amadurecimento que dela ficaram cindidos por falhas ambientais (Naffah Neto, 2007).

Mas estamos cientes de que muitas outras questões teórico-clínicas abarcadas na obra winnicottiana, assim como nas contribuições de outras abordagens psicanalíticas, não foram contempladas neste projeto de pesquisa. Todavia, acreditamos que os aspectos aqui estudados

permitiram o delineamento de um breve recorte do uso analítico do sonho na clínica winnicottiana, que se mostrou significativamente ampliado junto aos sonhos das fases mais iniciais do amadurecimento, assim como da relação existente entre as experiências vivenciadas no *setting* analítico e as fases do amadurecimento, claramente manifestada nos sonhos: regressivo, depressivo, curativo e os sonhos experienciais do brincar e da cultura.

5 OS SONHOS DE LAURA

Para pensarmos o uso analítico do sonho na análise de paciente do tipo *borderline*, temos que partir de uma dinâmica implicada com uma cisão de *selves* e atentarmos para o sonho como parte do processo da elaboração imaginativa das funções corporais operando na constituição e integração do indivíduo. Com isto, precisaremos olhar, por um lado, para os principais aspectos elaborativos presentes no sonho que interferem na leitura e interpretação do material onírico e no próprio norteamento do trabalho analítico, bem como, por outro lado, para o manejo clínico requerido na sustentação e favorecimento das tarefas do amadurecimento do paciente que ficaram truncadas e/ou impedidas pelo padrão das falhas ambientais. Para ilustrarmos essa reflexão, utilizaremos vários fragmentos do material clínico de uma paciente, aqui denominada de Laura, cuja organização defensiva do falso *self*,⁴⁷ tipicamente *borderline*, origina-se de falhas ocorridas nas fases mais iniciais do seu desenvolvimento.

De antemão, para precisarmos a dinâmica desse tipo de paciente, é necessário recorrer à definição mais ampla do termo *borderline* proposta por Naffah Neto (2007), que descreve por esse termo os indivíduos que vivem nas bordas e/ou nas fronteiras entre a neurose e a psicose. Em períodos mais saudáveis, quando o falso *self* cumpre seu papel defensivo e adaptativo de forma mais íntegra, esses indivíduos apresentam uma dinâmica que se assemelha a do neurótico. Mas, diz o autor:

[...] é importante não nos deixarmos enganar por essa aparência, pois noutros períodos mais críticos – quando o *self* malogra, sofrendo desintegrações –, esses mesmos indivíduos podem ser literalmente invadidos pelo mundo e afundar em sintomas esquizofrênicos de tipos variados. Penso que é justamente nessa acepção mais ampla que Winnicott emprega o termo *borderline* (p. 80).

Dentro desse uso do termo, Naffah Neto (2007) distingue dois subtipos de paciente *borderline*: o primeiro, conforme os usos vigentes do termo, chamou de personalidade esquizóide e o segundo, seguindo Helen Deutsch, denominou de personalidade “como se”. Ambos os tipos apresentam formas diferentes de falso *self* e se relacionam a etiologias diferentes das patologias em questão.

⁴⁷ Nessa pesquisa, embora tenhamos adotado a terminologia de *si-mesmo* para tradução do termo *self*, conforme proposta por Zeljko Loparic/Elsa Oliveira Dias, na introdução deste capítulo, para facilitar ao leitor, manteremos os termos *self* utilizado pelos autores e pela tradução dos textos winniciotianos que revisitaremos para tratar do falso *si-mesmo* e do verdadeiro *si-mesmo*. Mas, ao adentrarmos na reflexão, retomaremos o termo *si-mesmo* para tradução do termo *self*.

O que significa o falso *self*? Qual a sua função? A ideia da existência de um verdadeiro *self* e um falso *self*, proposta por Winnicott (1965b), parte das formulações iniciais de Freud, mais particularmente, “[...] sobre a divisão do *self* em uma parte que é central e controlada pelos instintos (ou que Freud chamou sexualidade, pré-genital e genital), e a parte orientada para o exterior e relacionada com o mundo” (1965b/1983, p. 128). Essa parte voltada para fora é a responsável pela função adaptativa do ego à realidade. Desse modo, na saúde, o falso *self* representa a organização total da atitude social, polida e amigável, com a qual o indivíduo se relaciona sem que necessite demonstrar abertamente seus sentimentos. Muito do amadurecimento se processa até que o indivíduo adquira essa capacidade de renúncia à onipotência e ao processo primário em geral para a constituição de um lugar na sociedade. No entanto, esse lugar só pode ser conseguido e mantido pelo *self* verdadeiro.

Na saúde, o falso *self* cumpre uma função defensiva do *self* verdadeiro. Em contrapartida, na patologia, em sua forma mais extrema de defesa, o falso *self* toma o lugar do *self* verdadeiro, apresentando-se como se fosse a pessoa real do indivíduo enquanto o *self* verdadeiro permanece oculto, até mesmo para o próprio indivíduo.

Em nível menos extremo, o falso *self* defende o *self* verdadeiro; contudo, o *self* verdadeiro é percebido como potencial e tem uma vida secreta. Mais para o lado da normalidade, o falso *self* procura condições que possibilitem a emergência do *self* verdadeiro. No entanto, se essas condições não são encontradas, novas defesas são reorganizadas contra a exploração do *self* verdadeiro. Nesse caso, o suicídio é a solução encontrada, tendo como objetivo a destruição do *self* total para evitar o aniquilamento do *self* verdadeiro. Ainda mais próximo da normalidade, o falso *self* é construído sobre identificações (WINNICOTT, 1965b/1983).

Há ainda outra condição encontrada na patologia, quando ocorre uma dupla anormalidade: o falso *self* organizado para ocultar o *self* verdadeiro, de um lado, e uma saída pelo uso de um intelecto altamente apurado, de outro lado, resultando num quadro clínico peculiarmente enganador ao analista. Isto porque um sentimento de falso e irreal persiste no indivíduo, apesar de seu alto êxito acadêmico e/ou profissional.

Em termos de etiologia, o estudo do falso *self* remonta ao relacionamento mãe-lactente. Com efeito, é a adaptação materna às necessidades do bebê que torna possível a emergência e constituição do *self* verdadeiro. Isto porque, nesse estágio inicial, o lactente está em estado não

integrado na maior parte do tempo e a coesão dos vários elementos sensório-motores resulta do fato de que a mãe envolve o lactente física e simbolicamente. Nos dizeres de Winnicott, “[...] periodicamente um gesto do lactente expressa um impulso espontâneo; a fonte do gesto é o *self* verdadeiro, e esse gesto indica a existência de um *self* verdadeiro em potencial” (1965b/1983, p. 132-3).

Na patologia, o fator preponderante na organização defensiva do falso *self* é o fracasso da adaptação materna, que não responde ao gesto espontâneo do bebê, muitas vezes subvertendo-o aos seus próprios gestos. O lactente permanece isolado, tendo-se em vista que um falso *self* submisso passa a reagir às exigências do meio. Através desse falso *self* o lactente constrói um conjunto de relacionamentos falsos, e por meio de introjeções pode até chegar à uma aparência real, apresentando-se como uma cópia da mãe ou de quem domine a cena ambiental. A mimetização torna-se a especialidade da submissão. Todavia, Winnicott assinala que “[...] quando o grau de *splitting* na personalidade do lactente não é tão grande, pode haver alguma vida quase pessoal através da imitação, e pode até ser possível para a criança representar um papel especial, o do *self* verdadeiro como seria se tivesse existência” (1965b/1983, p. 134).

Mas vejamos ainda alguns aspectos na etiologia e nas consequências da formação do falso *self* cindido em pacientes de tipo *borderline*, conforme explicitado por Naffah Neto (2007). Com efeito, a formação patológica do falso *self* ocorre sempre que o bebê não encontra suporte suficiente para a criação de um mundo subjetivo, expressão de seu gesto espontâneo. Mas é preciso sublinhar que “[...] o falso *self* cindido também se faz necessário quando esse mundo subjetivo é criado e, enquanto tal necessita ser protegido desse ambiente, devido ao caráter caótico, inesperado, e ameaçador do mesmo” (2007, p. 78).

Mais precisamente, isso ocorre frente a falhas de um ambiente em excesso (intrusivo) e/ou de um ambiente em falta. O fracasso relativo a um ambiente intrusivo, dada sua insistência em impôr-se à subjetividade do lactente, leva-o a descobrir a alteridade num período que ainda não tem condições próprias de lidar com ela. Como consequência, diz Naffah Neto: “[...] a criação do objeto subjetivo é impedida por meio de uma presença impositiva. Nesse caso, o falso *self* forma-se entre o *self* verdadeiro e as intrusões ambientais” (2007, p. 79). Já o fracasso do ambiente em falta, que deixa o bebê à mercê dos seus impulsos vitais que nessa fase ainda não são experimentados como próprios e, quando estes atingem intensidade além do suportável, são vivenciados como uma ameaça de colapso. “Nesse caso, a criação do objeto subjetivo é

impedida pela falta de presença do adulto e o falso *self* forma-se entre o *self* verdadeiro e os impulsos vitais do bebê, ameaçadores” (p. 79).

Em menor ou maior grau, o fracasso do ambiente, intrusivo e faltante, opera concomitantemente na formação de um falso *self* que se organiza como uma barreira, em parte, frente ao ambiente, e, em parte, frente aos impulsos vitais. Com isto, diz Naffah Neto (2007), “[...] tudo aquilo que o falso *self* recebe como impacto [...] não chega ao *self* verdadeiro, ou chega intensamente filtrado, não podendo, pois, ser processado como *experiência*, ou sendo processado de forma parcial e lacunar” (p. 79). Aqui reside um importante aspecto para o uso analítico do sonho junto a pacientes tipo *borderline*: como o funcionamento do falso *self* é também aplicado aos impulsos sexuais, a apropriação destes é intensamente dificultada, podendo impedir tanto a formação da sexualidade ou apenas possibilitando uma sexualidade incipiente.

É a concepção de *experiência* defendida por Winnicott que mais bem explicita a apropriação dos impulsos pelo indivíduo: a *experiência* implica necessariamente um contato direto, uma relação de trocas, entre o *self* verdadeiro e o meio ambiente. O *holding* recebido pelo ambiente capacita o *self* a, gradativamente, ir experienciando e integrando os impulsos sexuais/agressivos, transformando estímulos físicos em sensações próprias, no âmbito corporal e psíquico. A partir disto, diz Naffah Neto: “[...] é somente na medida em que essas sensações possam ir se integrando ao *self*, que se pode formar uma sexualidade e uma agressividade em condição de serem utilizadas e dirigidas para fins vitais” (2007, p. 80).

Dessa maneira, a clivagem entre os dois selves, em seu grau maior, define a dinâmica básica do paciente *borderline*. No uso analítico do sonho junto a esse paciente, importa sublinhar que o analista estará envolvido na elucidação de uma cisão na pessoa do paciente e a cisão toma o lugar do inconsciente reprimido do neurótico. Aqui a exigência é o manejo das regressões, em um ambiente especializado que favoreça uma relação de troca entre o *self* verdadeiro e o ambiente. Mais ainda, é preciso ter em mente que esse processo de transformação e integração dos estímulos físicos em sensações próprias se dá pela elaboração imaginativa das funções corporais. Desse modo, a elaboração imaginativa das funções corporais ganhará centralidade na análise do paciente *borderline*, tendo-se em vista que a cisão dos *selves* impediu-lhe constituir-se em um indivíduo unitário. Isto tudo pertence às primeiras e principais tarefas do desenvolvimento em período muito anterior à fase edipiana.

No uso analítico do sonho com o paciente *borderline*, é mais útil e proveitoso reconhecer a inexistência da pessoa do paciente do que qualquer interpretação desvinculada de sua capacidade de apropriação pelo *self* verdadeiro, a fim de evitar um perigo extremo: o conluio com o falso *self* do paciente. Além disso, importa estarmos cientes de que, nas fases mais iniciais, a verbalização ainda não tem espaço, o ponto central é a comunicação que, em si mesma, é o segurar e a sustentação do bebê (paciente) realizados pela mãe (analista). A comunicação silenciosa da confiabilidade é a possibilidade de que tudo o mais possa acontecer. Winnicott denomina-a de silenciosa, pois o bebê não ouve ou registra a comunicação, mas apenas sente os efeitos da confiabilidade. O analista deverá estar preparado para lidar com as sutilezas e a complexidade necessárias para o contato com a pessoa real do paciente.

Essas considerações sobre o paciente *borderline* tornam-se, pois, o pano de fundo para a reflexão sobre o uso analítico do sonho que faremos a seguir, ilustrada com fragmentos do material clínico da paciente Laura.

5.1 O PROCESSO ANALÍTICO E O USO ANALÍTICO DO SONHO JUNTO AO PACIENTE *BORDERLINE*

O processo analítico de um paciente *borderline* pode ser descrito pelas fases da qualidade do contato que o analista consegue manter com a pessoa do paciente. Por exemplo, na apresentação do famoso Caso B,⁴⁸ Winnicott subdividiu a análise em três estágios caracterizados pela qualidade do contato com a pessoa real do seu paciente, tipicamente esquizoide. No primeiro estágio, diz o autor: “[...] não tive chance de ter uma conversa direta com a criança (ele mesmo)” (1986a/1991, p. 22). Esse estágio foi constituído por duas fases. Na primeira, o paciente vinha para análise e conversava. Na segunda, “[...] ele trouxe a si próprio para a análise e passou a falar de si como um pai ou uma mãe que houvesse trazido o filho até mim” (p. 22).

Durante esse primeiro estágio, a qualidade do manejo foi a de um *holding* que exigiu precipuamente a *presença viva* do analista. Nos dizeres de Khan: “Winnicott se manteve vivo,

⁴⁸ O Caso B constituiu-se em dois processos de análise intercalados num período de treze anos. O primeiro desenvolveu-se no cenário da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), momento em que o paciente contava com 19 anos de idade. Esse período durou quase dois anos e sofreu várias interrupções provocadas pelas constantes evacuações, impondo-lhe um término antes do tempo necessário. Após a guerra, B, quando contava com 30 anos, casado e com uma filha, sofreu um colapso nervoso que motivou sua internação e o retorno aos cuidados de Winnicott por um período que durou pouco mais de dois anos. É dessa segunda análise que nos ocupamos da subdivisão em três estágios feita pelo autor em *Holding e Interpretação* (1986a/1991).

manteve a *atenção somática* e sua mente *não derrubou* o paciente" (1986a/1991, p. 20). No inverso da *presença viva*, o efeito da falha ambiental que '*derruba o bebê*' pode ser ilustrado na fala do paciente: "Se não me escutam, é como se eu me jogasse na água em vão e me afogasse. O autocontrole é necessário, a menos que alguém me sustente" (1986a/1991, p. 131). E pontuado por Winnicott: "É como... se jogar para alguém e descobrir que essa pessoa não estava realmente pronta para você porque estava pensando em outra pessoa" (p. 131-2).

No segundo estágio, Winnicott tornou-se "[...] capaz de entrar em contato direto com a criança, que era o paciente" (1986a/1991, p. 22). O manejo da regressão foi fundamental para o crescimento do paciente. No *setting* analítico, "[...] o convite à regressão resulta da sua confiabilidade [...]. O paciente e o contexto amalgamam-se para criar a situação bem-sucedida original do narcisismo primário" (1958a/2000, p. 384). Tal como interpretado por Winnicott: "[...] eu também estou inserido, junto com você... no seu retorno à dependência infantil e ao seu crescimento emocional subsequente. Você só pode começar a existir se eu estiver envolvido nesses processos" (1986a, 1991, p. 167).

Em outros termos, a qualidade do manejo é ditada pelo estágio da dependência em que "[...] o lactente existe tão-somente por causa do cuidado materno, junto com o qual ele forma uma unidade" e que exige "[...] a aceitação pelo analista da realidade da dependência e seu trabalho com ela na transferência" (1965b/1983, p. 42). Nesse contexto, o analista está envolvido como pessoa, e em sua atitude está também o ódio pelo paciente.

O terceiro estágio foi caracterizado pela vivência da excitação, entre o período em que a excitação se instalou na transferência, mas que não foi sentida, e a vivência da excitação. No decorrer desse terceiro estágio, a capacidade de usar o objeto ganhou espaço. Essa capacidade, por sua vez, exigiu um objeto (mãe/analista) real e consistente (no suporte e na sobrevivência), pois a experiência da destrutividade traz o risco da destruição real do objeto, o que reafirmaria o controle onipotente do paciente.

Posto isto, com a hipótese de que o sonho é uma especialização do processo da elaboração imaginativa das funções corporais, entendemos que, durante todos estágios de uma análise do paciente *borderline*, a elaboração imaginativa opera continuamente na constituição e integração da pessoa real do paciente e em suas gradativas conquistas do desenvolvimento. Se atentarmos para os estágios do Caso B, veremos que, nos dois primeiros estágios, a elaboração imaginativa das funções corporais operou a partir de situações vivenciadas pelo

paciente em seu cotidiano e nas regressões vivenciadas no contexto analítico. No terceiro estágio, através dos sonhos sonhados pelo paciente, a elaboração imaginativa operou na integração e internalização das experiências, que gradativamente enriqueceram seu mundo interno.

Para pensarmos o trabalho da elaboração imaginativa das funções corporais no uso analítico do sonho do indivíduo *borderline*, ilustraremos o Caso Laura, subdividindo o processo analítico em duas fases. Na 1^a. fase, pertencente aos três primeiros anos da análise, a elaboração imaginativa operou através do trabalho analítico com as situações vivenciadas no cotidiano da paciente e com as regressões vivenciadas no contexto analítico. A 2^a. fase, pertencente aos quatro anos e meio finais da análise, a elaboração imaginativa operou, através dos sonhos sonhados pela paciente, na integração e internalização do experienciado em seu mundo interno. Em termos de manejo clínico, esta subdivisão tem objetivos apenas metodológicos, pois a sustentação, o acolhimento e o trabalho da elaboração imaginativa estiveram na base de todo o processo.

Assim, na primeira fase do caso Laura, a elaboração imaginativa opera nas identificações e descobertas de sensações, sentimentos, diferenças e incômodos advindos de situações vivenciadas no dia a dia com seu filho, o grupo de amigas da academia e com a analista no contexto do *setting* analítico. Na segunda fase, com a ressignificação de experiências vivenciadas tanto na primeira como na segunda fase da análise, os sonhos tratam da elaboração imaginativa operando na internalização da confiabilidade, instauração de funções psíquicas essenciais à constituição e integração do mundo interno da paciente. Essa fase abarcará ainda a integração da instintualidade, do uso do objeto e do reconhecimento do outro com vida própria.

Para melhor situarmos essas questões ao leitor, a seguir, teceremos um breve histórico da paciente.

5.1.1 Apresentando Laura

Com a indicação da mãe de uma ex-paciente, Laura telefonou-me e agendamos uma entrevista inicial. Ela chegou pontualmente e assim o fez em todas as outras sessões ao longo dos sete anos e meio de análise. Laura é uma mulher de meia-idade, com um tipo físico de proporções pequenas e harmoniosas que descreveria como *mignon*. Os olhos azuis expressivos ficavam facilmente marejados pelas emoções sentidas. Em geral, sempre vestida

cuidadosamente, com uma postura polida no sentar e no falar, que chamaria de *politicamente correta*. Laura é divorciada e, na época dessa entrevista, morava com o filho, um jovem estudante de 22 anos, e sua mãe, uma senhorinha de 84 anos de idade. Por mais de trinta anos trabalhou na mesma empresa em que iniciou e consolidou sua carreira e se aposentou.

Em seu discurso, era uma pessoa prática, econômica e que administrava bem tanto a reserva financeira que construiu com seu trabalho quanto a herança deixada por seu pai e pelo avô paterno. Era organizada, gostava de tudo no seu lugar; na cozinha e na casa, tinha tudo guardado em caixas plásticas, gostava de abrir os armários e de estar tudo em ordem. Só de olhar já sabia o que tinha e o que não tinha. Por outro lado, Laura percebia-se uma pessoa mais reservada do que seu filho ou das amigas da academia, pois gostava de ficar quieta em seu canto, não gostava de fazer ou receber visitas e preferia dedicar seu tempo livre à música, livros ou filmes.

Ao falar-me de suas queixas, deixou claro que, em primeiro lugar, estavam as preocupações com o filho, descrito como um jovem comunicativo e alegre com os amigos, mas exigente e reservado com a mãe e a avó. O filho, por sua vez, ressentia-se de um controle excessivo de Laura. A respeito desse controle, a paciente explicava-o pelos sobressaltos de medo e ansiedade de que algum acidente acontecesse com ele quando saía de casa e, então, antecipava-se telefonando constantemente para saber onde e com quem ele estava. Somado a isto, com a crença de que morreria aos 65 anos, explicava seu empenho em garantir financeiramente o futuro de seu filho e a urgência de que ele conseguisse autonomia profissional. Por mais de quinze anos, as providências tomadas para o futuro do filho incluíam patrimônios e recursos financeiros até mesmo daqueles para o processo de inventário quando do falecimento de Laura.

Em segundo lugar, estava sua dificuldade de comunicação nos relacionamentos, que era explicada pelo fato de que quando magoada sentia um nó na garganta, um branco nas ideias, as palavras não saiam e as lágrimas escorriam automaticamente por seu rosto. Isto deixava seu filho nervoso por acreditar que fosse chantagem emocional, enquanto nas relações com outras pessoas, sentia-se constrangida, pois as lágrimas expunham sua fragilidade.

Ao longo da análise, a sua história de vida foi revelando uma coleção de relacionamentos decepcionantes e dos quais sobrara uma mágoa ressentida por anos a fio. A tenra infância foi vivida em um ambiente marcado pela instabilidade advinda das brigas e

desentendimentos em função do temperamento imaturo e explosivo de seu pai. Em seu ressentimento, dizia: “Meu pai não foi afetuoso e nem provedor da família. Entrava sem bater na porta, eu não escutava ele entrar, quando via já estava no meu quarto, mas nunca conversou comigo. Desde que me lembro por gente, eu nem olhava para ele, sempre senti muito medo de ser agredida, igual sinto até hoje em relação ao meu irmão. Assim que pude, saí de casa e fui morar em uma pensão”.

De sua mãe não tinha qualquer mágoa, ela nunca foi do contra; todavia, desde sempre seu único conselho era de que Laura não falasse nada para não piorar a situação e esta acabasse em briga ou então que seu pai mandasse a avó embora. Talvez, porque sua mãe fosse uma pessoa passiva, não podia dizer que foi uma mãe que a tenha orientado ou ajudado em suas escolhas de relacionamentos. Com as decepções machucava-se muito e desistiu de ter um relacionamento, acreditando que não sabia escolher os homens.

No contexto de instabilidade familiar, Laura precisou amadurecer precocemente em reação à intrusão das falhas ambientais; entretanto, a intrusão passou a ser esperada. Em sua lembrança: “desde pequena eu já era mais quieta e no meu canto. Acho que já nasci independente. Desde que me conheço por gente, sempre cuidei das minhas coisas, não queria depender de ninguém. De pequena já arrumava meu quarto, só fazia a lição da escola depois que tudo estivesse em seu lugar”.

Quando a avó materna ficou viúva, veio morar com a família e ajudou nos cuidados das crianças; contudo, não alterou a instabilidade do ambiente familiar. Em casa, Laura raramente tinha contato com outras crianças e, na escola, teve uma ou duas amigas. Em sua meninice morava próximo a um parque e quase sempre ia lá sozinha com seu cachorro. Mas ficava muito ansiosa de que ele escapasse da coleira, corresse para as ruas movimentadas fora do parque e fosse atropelado. A família mudou de casa e deixaram-no com um vizinho. Laura dizia: “não me lembro de ter chorado ou sentido a perda de meu cachorro, como acontece com muitas crianças que ficam sem comer e até adoecem. Acho que eu era obediente e sabia que aqueles vizinhos gostavam de animal e iam cuidar bem dele”. Depois acabou preferindo ter gato e ganhou dois, que ficaram com ela até a época de seu casamento e, ao morar com seu marido, deixou-os com sua mãe.

Laura identificava o nascimento de seu irmão como um dos momentos mais difíceis de sua infância: “meus pais demonstravam clara preferência porque era um menino e tudo era

decidido a favor dele". A mágoa parecia acompanhá-la de longa data, pois acreditava ter com o filho a mesma dificuldade de comunicação que teve com seu pai e o irmão, que eram muito agressivos. Na adolescência de seu irmão, sua mãe já não dava conta da rebeldia dele: "ele batia e me machucava, mas o conselho de minha mãe era o de que ficasse quieta para que as coisas não acabassem em briga. A minha avó era quem tentava me consolar".

Por volta de seus 18 anos, Laura saiu de casa e, acompanhada de sua avó, foi morar num pensionato. Com sua saída de casa, sabia que pelo pai não teria volta, nem no seu casamento ele foi. Por sua vez, ela mesma tinha um orgulho que a impediria de voltar. Acreditava que tivesse sido uma má filha, sendo pouco carinhosa, fosse pelo medo que sentia dele em sua infância ou pela mágoa com que saiu de casa em sua adolescência e que persistiu na idade adulta, quando se obrigava a visitá-lo já idoso e doente e pouco conversava com ele.

De sua carreira profissional descrevia: "Nunca me dei conta de indefinições em minha vida. Sempre tive tudo planejado para alcançar um objetivo e seguia em frente sem desviar do meu propósito. Fui para a faculdade e já sabia o que cursar, porque queria progredir no meu trabalho. Muito diferente das indefinições de meu filho, na idade dele, eu já havia comprado meu primeiro apartamento".

Aos 22 anos, após um ano e meio de namoro, Laura casou-se com Rodrigo (viúvo, vinte anos mais velho). Depois de dois anos, divorciaram-se, pois além do ciúme excessivo do marido havia sua imaturidade em lidar com os filhos dele, os quais tinham idades próximas a sua. Nos relacionamentos, acreditava que sua ingenuidade na escolha do parceiro estivesse associada à certa tendência por homens mais velhos. Aos quarenta anos teve um relacionamento com Antônio (doze anos mais velho) que estava se divorciando e desse relacionamento nasceu seu filho. Um ano depois, Antônio transferiu-se para o interior para ficar junto da ex-esposa. Por três anos, ele manteve contato telefônico com Laura e o filho nas datas de aniversário e Natal, e depois perderam o contato. Por conta disto, a mãe e a avó foram morar junto de Laura e ajudaram-na a criar Geraldo, que de pequeno perguntava pelo pai e depois não falou mais a respeito.

Laura contava com quarenta e cinco anos quando seu pai faleceu e logo em seguida faleceu sua avó materna. Depois que se aposentou passou a dedicar-se aos cuidados de sua mãe, do filho e o contato com um grupo de senhoras que se encontra quase que diariamente em uma academia de ginástica.

Como transitar no mundo das relações humanas das quais vinha se defendendo ao longo da vida? À medida que conhecia sua história de vida, foi se configurando a hipótese de que as dificuldades de Laura advinham de um deficiente cuidado provido por uma mãe deprimida e reativa ao temperamento explosivo do marido. Em reação a isso, a fala da paciente expressa a saída encontrada: “sinto que vivo em um mundo a parte”.

Nesse contexto, parece que Laura pouco vivenciou a confiabilidade com uma mãe suficientemente cuidadora. Em sua tenra infância, a fragilidade materna, por não se interpor entre o ambiente e seu bebê, deixava-a a mercê das intrusões de um ambiente imprevisível e instável. Em função desse padrão de falha ambiental, a paciente necessitou lançar mão de um controle onipotente do falso *si-mesmo* cíndido, com o qual ocultava o *si-mesmo* verdadeiro e garantia a sua sobrevivência. Igualmente, diante da falha ambiental, Laura não pôde contar plenamente com a experiência de ser, esta parecia esvair-se “no nó na garganta, no branco das ideias e nas lágrimas que escorriam automaticamente pelo seu rosto”. Em alguma medida, lançou mão de um fazer que lhe assegurasse a continuidade de sua existência.

Ao mesmo tempo, as dificuldades na tenra infância apontavam para um cuidado físico, talvez, esquecido de que naquele corpo existia uma pessoa em crescimento: “fui educada, mas não tenho o registro de ser cuidada como uma menininha ou de ser a princesinha, coisa desse tipo”. Distanciada de si mesma, a paciente dizia: “Talvez eu nem deixasse que me fizessem isso”. Laura possivelmente vivenciava a intrusão das próprias tensões instintuais, levando-a ao desenvolvimento de um *si-mesmo* que cuida de si próprio e ao reforçamento de defesas contra as fantasias e ansiedades resultantes da vida instintiva. (Winnicott, 1965b/1983).

Em função das falhas ambientais na pessoalização necessária à integração da vida instintiva, Laura lançou mão de rígidos padrões morais e sociais. Nessa condição, apesar de que Geraldo (filho) fosse a melhor coisa que teve na vida, o que restara era um misto de culpa e de preconceito de ser mãe solteira.

A marca do abandono parecia subsistir à coleção de relacionamentos decepcionantes ao longo da vida e dos quais sobraram apenas mágoa e ressentimentos. Em sua desesperança adaptou-se à crença de que morreria por volta de seus 65 a 66 anos. Essa fantasia era reforçada pela crença religiosa de que as pessoas têm uma missão e um tempo escolhidos antes mesmo de nascer e reafirmada por mapas de astrologia que apontavam para esse tempo de vida.

5.1.2 Primeira fase da análise: sustentação, acolhimento e confiabilidade

Com este subtítulo pretendo dizer que o manejo clínico em uma análise de um paciente *borderline* apoia-se fundamentalmente na sustentação, acolhimento e na confiabilidade do contexto do *setting* analítico. Nos três primeiros anos da análise, em geral, as sessões giraram em torno das situações vivenciadas no contato com o filho e com o grupo de senhoras da academia de ginástica. No contexto da relação com seu filho, se fazia necessário lidar com suas angústias coladas às dele, como se afora estas não haveria o que existir diante da desesperança sentida.

Por outro lado, a maioria dos questionamentos a respeito de si própria e de sua relação com o filho advinha do que ela podia observar na convivência com as amigas. O interessante é que, aos poucos, vim saber que frequentava esse grupo havia vários anos, desde quando trabalhava, mas nenhuma lembrança ou acontecimento era mencionado, como se ele não existisse nessa época. No entanto, no início da análise, o grupo ganhou vida fosse para interpor-se na relação com a analista, fosse para possibilitar identificações de necessidades e demandas ainda pouco conhecidas por ela.

Nesse grupo, descrevia-se como “um peixe fora d’água”, percebia-se diferente e achava que tinha uma visão mais masculina, porque, enquanto as amigas estavam voltadas para interesses mais sociais, ela permanecia focada em assegurar financeiramente o futuro familiar, embora tivesse uma condição econômica mais favorecida do que a maioria das mulheres do grupo. A paciente surpreendia-se também com a intimidade que as amigas mantinham com os filhos, familiares e entre elas próprias, ou ainda de como falavam com fluidez sobre tantos assuntos, de como sempre tinham um sonho para contar e tentarem decifrá-lo ludicamente entre elas. Laura dizia em sessão: “é como se eu vivesse em um mundo à parte”.

Aos poucos, no decorrer das sessões, fui observando que o grupo oferecia à paciente um contexto para identificações que lhe permitiam falar algo de si e a minha postura foi a de acompanhá-la, cuidando de uma por uma das situações que eram vivenciadas. O manejo implicava a experiência da paciente de um não saber do cuidado e da existência do ambiente, mas de experienciar o cuidado da analista/ambiente. Diante das descobertas e inquietações emergidas na convivência com esse grupo e relatadas nas sessões, o manejo foi semelhante aos cuidados maternos, com os quais a mãe reflete para a criança o acontecido no dia a dia de seu

viver, qual seja, ela ia para o grupo, depois contava o que descobria para a analista, como alguém necessário para clarear e guardar o acontecido. A sustentação desse período foi essencial para que a paciente pudesse chegar a vir para a análise.

Para melhor caracterizar essa primeira fase, vejamos alguns exemplos das situações vivenciadas. A realização de um chá da tarde organizado, em forma de rodizio, na casa de cada uma das participantes do grupo da academia, foi tema de muitas sessões no primeiro ano da análise, pois chegara a vez de Laura recepcioná-las em casa. Naquele momento, a paciente assustava-se com a proximidade afetiva do grupo, embora ainda não pudesse se dar conta de que o mesmo acontecia na transferência analítica. A paciente apavorou-se, angustiando-se nas fantasias do que achariam de sua casa, da comida e dos comentários que surgiram a respeito de qualquer falha que ocorresse. Mas, sobretudo, precisava marcar um horário para que todas chegassem juntas a fim de evitar seu constrangimento em não saber o que conversar se ficasse sozinha com uma delas até a chegada das outras mulheres.

Apesar de todo planejamento e avisos sobre o horário, dizia em sessão: “fiquei muito magoada, pois fulana chegou dez minutos antes, achei um desrespeito comigo, ao invés dela ficar esperando na portaria até dar o horário, como eu faço, pediu para ser anunciada pelo interfone. Fiquei atordoada, não sabia o que fazer, e aí minha mãe sugeriu que a fulana subisse e ela faria sala. E foi o que eu fiz”. Com a chegada das outras senhoras, o evento transcorreu melhor do que Laura esperava. Na compreensão da paciente, apesar das angústias e ansiedades sentidas, o resultado do chá da tarde era um sentimento de satisfação.

O incidente da amiga que chega antes do horário é um elemento importante na análise do paciente *borderline*; apesar dos comentários positivos recebidos sobre o chá da tarde, a satisfação de Laura estava atrelada ao fato de o grupo ter funcionado como um lugar seguro em que podia se esconder. Em termos de manejo, a comunicação era clara: que a analista não se antecipasse em seu encontro. Com isto, podemos reafirmar que uma interpretação inoportuna repete a intrusão do ambiente original e/ou mantém o contato pelo falso *si-mesmo* do paciente.

No contexto analítico, mesmo considerando a possibilidade de que os relatos fossem uma forma de afastar o constrangimento por não saber o que falar com uma pessoa em particular, um aspecto essencial na análise do paciente *borderline* vem do fato de que, ao acolher as situações vivenciadas em seu cotidiano, é também acolhê-lo juntamente com o modo dissociado que pode estar na relação transferencial. Assim, no relato do incidente da amiga, o

acolhimento significa ouvir os sinais vindos de um *si-mesmo* verdadeiro, sobretudo, acompanhado pela leitura da capacidade do paciente de elaborar e integrar as emoções que afloram no contexto do *setting* analítico.

Na ilustração dessa condição, vejamos o impacto causado na paciente por uma nova descoberta a respeito de si que fizera no grupo: numa visita a um asilo, ficou decepcionada consigo mesma, pois diferente das amigas que conversavam e eram carinhosas com os idosos, percebera que podia ajudar em qualquer tarefa prática, mas não conseguia expressar afeto. Dar-se conta de algo diferente em si própria apontava para quebras de pequenas dissociações, mas que ainda se davam na superfície da distância que mantinha de si mesma, levando-me a manter o reasseguramento de que tal dificuldade impossibilitava um contato mais próximo com outro.

À medida que a aproximação com o outro tornou-se menos ameaçadora fomos conseguindo um aprofundamento de suas dificuldades afetivo/emocional. Por exemplo, nas preocupações com o filho, as discussões exacerbaram-se com o primeiro namoro dele e o convite de um jantar para que os familiares se conhecessem. Laura recusou o convite com desculpas evasivas sobre a diferença do *status* social da namorada, que pertencia à alta sociedade. Muito angustiada dizia: “meu filho muito revoltado, chamando-me de egoísta e preconceituosa, trancou-se no quarto”.

Em sessão, a paciente ressentia-se: “Como vou chegar lá e apresentar-me como mãe solteira e meu filho dizer de um pai que nunca mais viu e nem sabe onde está? Quando pequeno de vez em quando ele perguntava do pai, mas depois não falou, nem perguntou mais”. Na fala seguinte, o namoro do filho trazia à tona a angústia subjacente ao preconceito de ser mãe solteira: “dizem que se é filho de mãe solteira não vai dar nada (... chora...). Acho que isso é mais forte do que eu. Não é só esse jantar, venho recusando os convites para sair com as amigas da academia, em que todas vão com os maridos e aí vão me apresentar como mãe solteira”.

Nesse momento, disse-lhe que a ouvia dizer que fez algo errado e merecia ser castigada. Espontaneamente, acrescentei que eu teria que concordar com Geraldo, pois também o culpabilizava e o castigo dele era de que “não iria dar em nada”. Isto pareceu fazer algum sentido: mais adiante na sessão, a paciente chega a uma interpretação, ainda chorando, diz: “apesar de Geraldo ser a melhor coisa que tive na vida, e se não fosse naquela época eu não teria mais filho... o que ficou é um misto de culpa e preconceito”.

Esse momento foi significativo para a dupla mãe e filho e algumas semanas depois Geraldo iniciou sua análise. Aos poucos estavam mais próximos. Em várias situações sociais vivenciadas com o filho, da mesma maneira que ocorreu com as amigas, um mundo continuava a lhe ser apresentado/descoberto. Ela surpreendia-se com a desenvoltura e comunicabilidade dele para com as pessoas, sendo que em casa ele queria tudo na mão e vivia trancado no quarto. Numa peça de teatro que ele encenou, surpreendeu-se com a coragem dele de apresentar-se a uma plateia, ficou orgulhosa e espantou-se do quanto ele era diferente dela. Do Natal, comemorado na casa da avó da nova namorada dele, “o Geraldo se mostrou um *expert* na cozinha, fez um prato que todo mundo gostou”. Laura surpreendeu-se: “lá ele estava tão feliz, tão diferente do que em casa. Sempre reclamando que faço perguntas para controlá-lo, o trato como criança e choro por chantagem emocional”.

Para sobreviver a esse período, Laura necessitou tanto de atendimento às próprias necessidades afetivas quanto do reconhecimento de seus controles defensivos, com os quais acabava por repetir a história das mulheres da sua família, da mãe, avó e dela mesma no sentido de dedicarem-se ao cuidado quase que exclusivo uma da outra, frente ao temperamento explosivo dos homens da família.

Alguns meses depois, na primeira visita dos familiares da namorada de Geraldo, Laura surpreendeu-se também com o fato de que ficaram em sua casa por várias horas e assustou-se porque eles demonstravam gostar de seu filho, dela e de sua mãe. Não sabia se teriam algum interesse ou se realmente gostaram. A dúvida retratava o modo de relacionamento que a paciente podia estabelecer com o outro, não como um objeto separado de si mesma, mas ainda como parte da decepção/invasão que passou a ser esperada.

Em fase posterior da análise, no entanto, esse mecanismo defensivo veio a desvelar o terror frente a um abandono do filho adulto que ameaçava se concretizar, tal como ocorreu com os homens de sua vida. Assim, embora se empenhasse em garantir a autonomia de seu filho, paradoxalmente, qualquer mobilidade advinda do crescimento dele era vivenciada como uma ameaça de abandono. O controle onipotente estava a serviço da desesperança de uma relação de objeto, da qual o filho parecia ser a última esperança, pois sem ele sobraria a morte aos 65 anos.

No trabalho da elaboração imaginativa, vejamos como uma situação vivenciada com o filho ajuda a paciente a retratar a mágoa vivenciada em sua adolescência. Adentrando o

terceiro ano de análise, o filho decide morar sozinho e justifica que não queria que Laura e a avó continuassem a lhe dar tudo na mão e a tratá-lo como criança. Apesar desse discurso, a paciente estava indignada com o pedido de que ela bancasse a manutenção dele em um dos apartamentos que estava em seu nome. A paciente dizia: “Se ele quer mudar, que fosse de vez e levasse também os móveis do quarto. Quando saí de casa, não levei nada de lá. E minha mãe alugou o meu quarto para ajudar na manutenção da casa. Eu tenho um princípio de que posso sofrer o que for, mas não volto atrás. Sempre fui assim, fico muito magoada. Quando falo que para mim acaba, acaba para sempre”. Mais que isso, “temia que a mágoa de seu filho fizesse com ele o mesmo que aconteceu com ela, se não via a pessoa, era como se a pessoa nunca tivesse existido”.

As reclamações do filho eram contraditórias: “se não queria ser mimado, por que ficava pedindo isso ou aquilo o tempo todo”? Contudo, apontei que o contraditório era que um ganho secundário se instalava e com isto ele também controlava e realimentava o seu controle onipotente. Por outro aspecto, ele testava a presença afetiva da mãe, pedindo-lhe um não amoroso, mas o medo de Laura perdê-lo ainda era maior que o afeto por ele. Isto pareceu fazer efeito, pois nas discussões, Geraldo passou a reclamar de que ela estava sendo mais uma gerente financeira do que uma mãe e passou a culpabilizar a analista, que a vinha influenciando em suas decisões.

Em termos do trabalho analítico, a confiabilidade vinha ganhando consistência na relação analista/paciente, e gradativamente conseguíamos novas rupturas na barreira do falso *si-mesmo*. Para sublinhar a elaboração imaginativa das funções corporais operando na constituição e integração do indivíduo tipo *borderline*, ilustramos com uma carta que Laura escreve ao filho e trouxe para lermos em sessão. Se atentarmos para o material da carta, veremos que a paciente estava conseguindo acessar necessidades e demandas afetivas que lhe eram tão distantes na pseudo-independência do falso *si-mesmo*. Ela não se dava conta de que isso também ocorria na relação transferencial e mantive esse não saber até o momento em que a analista pudesse ser encontrada.

Laura inicia a carta lamentando que não tivesse sido a mãe que ele queria. Apesar de contar com a ajuda de sua mãe nos cuidados para com o filho, ela não conseguiu brincar com ele como tantas outras mães brincam com seus filhos. Havia feito o que podia para que nada lhe faltasse, mas não conseguiu ser a mãe carinhosa e afetiva que ele reclamava.

De outro lado, dizia-lhe que assim como ele queria uma mãe, ela queria um filho que a respeitasse como pessoa, pois também tinha sentimentos e não era apenas um talão de cheque. Ele a magoava e não conseguia perceber que ela estava tentando resgatar o tempo que não puderam viver como mãe e filho e serem companheiros confiáveis. Ela sentia falta de um filho, um carinho, de um simples boa noite, mas que expressasse um afeto e ela pudesse sentir-se viva, que existia como pessoa. Termina a carta reafirmando seu amor por ele.

A paciente se aproximava cada vez mais de sua tenra infância, do tempo que não pudera viver como mãe e filha e serem companheiras confiáveis. Ela sentia falta de um carinho, de um afeto pelo qual pudesse se sentir viva, que existia como pessoa. Nesse momento, não tentei uma interpretação no sentido de tornar consciente o inconsciente, a não ser reassegurar que seus sentimentos e demandas estavam ganhando realidade.

Isso se mostrou adequado, pois, numa das discussões sobre a mudança para o apartamento, o filho foi tão desdenhoso que a avó ouviu e chamou-lhe a atenção dizendo que ele podia ter suas razões, mas antes de tudo deveria ter mais respeito ao falar com Laura e não esquecer que era sua mãe. A paciente dizia que ficou surpresa de ela vir em sua defesa, acreditava que isso nunca aconteceria. Ela nunca ficou ao seu lado, sempre teve que compreender fosse seu pai, irmão ou filho. Era-lhe espantoso ouvir sua mãe dizer para o Geraldo que ele podia mudar ou tomar qualquer outra decisão, mas que precisava reconhecer e respeitá-la como mãe. Este tema será retomado em seus sonhos, a partir do quarto ano de análise e pelo qual veremos como isto estará integrado em seu mundo interno.

Várias sessões foram dedicadas ao significado da dependência financeira e ao motivo da saída de casa para cada um deles. Ela saíra de casa em busca de proteção da instabilidade ameaçadora do ambiente, enquanto seu filho tentava sair de uma dependência de ter tudo à mão. Mais ciente de seu controle onipotente, Laura decidiu que ajudaria na mudança, mas não bancaria as despesas do apartamento dele. Geraldo, por sua vez, trabalhou a questão em sua análise e acabou por adiar a mudança até que ele tivesse alguma autonomia financeira para as despesas do apartamento novo. Mãe e filho começavam a se reconhecer na situação a partir do experienciado no contexto de análise de cada um.

Mais para o final desse terceiro ano da análise, pela primeira vez Geraldo quis saber de Laura como conheceu Antônio (o pai dele), como foi o namoro, se ela sabia que ele era casado e o motivo de eles não terem ficado juntos. Inicialmente, sentiu-se constrangida, mas

aos poucos contou de sua dificuldade em seus relacionamentos, mas, sobretudo, que o motivo de Antônio de optar pela família havia sido o diagnóstico de câncer da esposa e a preocupação disso com os seis filhos do casal. Pelo fato de o filho querer conhecer sua história, Laura acreditava que ele estava abrindo o coração e este era um passo importante tanto para o crescimento dele como no relacionamento dos dois. Embora não soubesse o que viria pela frente, sentia-se mais confiante, pois o filho parecia não ter os mesmos preconceitos que ela.

Para finalizar a reflexão sobre a primeira fase do processo analítico de Laura, retomo o problema desta pesquisa a partir da pergunta formulada por Winnicott a Bion: “O que é que, na análise, pode capacitar o paciente que não consegue sonhar, não consegue nem dormir, nem permanecer acordado, a finalmente conquistar o sonho” (1987b/1990, p. 114)? Indubitavelmente, um aspecto fundamental é a confiabilidade na sustentação do ambiente constitutivo do indivíduo, que lhe assegura o vir a ser como pessoa, a brincar e a sonhar no acontecer de uma existência psicossomática.

Nesses primeiros três anos da análise, a paciente teve uma conquista importante: a analista, em alguma medida, enquanto um objeto subjetivo, acompanhou-a nas descobertas de partes de si identificadas nas situações de seu cotidiano. Laura tinha, na analista, alguém com quem podia reclamar e falar de seu ressentimento, das discussões, discordâncias, inveja e ciúmes que ocorriam entre seus familiares, suas amigas e com ela mesma, mas, sobretudo, tinha no contexto analítico um lugar para guardar o acontecido até que viesse a ser ressignificado e integrado.

Essa primeira fase da análise é marcada pela ausência de relatos de sonhos. Vim a entender que isso não se dava por resistência, mas antes pela ausência de um lugar em que Laura pudesse sonhar seus sonhos, lembrá-los e guardá-los. Com isto pretendo assinalar três pontos fundamentais no uso analítico do sonho junto a pacientes tipo *borderline*. O primeiro é o reconhecimento da inexistência do paciente como pessoa. O segundo é a sustentação para a constituição gradativa de um *si-mesmo* verdadeiro, como possibilidade de todas as outras experiências se realizarem. O terceiro é a experiência do brincar. Esses três pontos não são lineares, eles se entrecruzam repetidamente ao longo da análise.

No espaço da relação transferencial, o brincar de Laura se desenhou pelo jogo de se esconder e ser encontrada. A regra era clara: encontrar a paciente apenas quando estivesse pronta para ser encontrada. Nesse jogo, inicialmente, a paciente descobria o diferente de si

própria no grupo das amigas. Mas era preciso que a analista encontrasse/descobrisse o mundo apresentado em pequenas doses pela convivência com grupo e com o filho. Na relação transferencial, a paciente encontra/cria a analista/objeto subjetivo, o que lhe permitirá a vir encontrar/criar a si mesma e o mundo. A analista espera por ser encontrada/descoberta como objeto objetivamente percebido no desenrolar do jogo.

No tratamento do paciente *borderline*, há uma necessidade premente do estabelecimento do espaço potencial. Indubitavelmente, o conceito do objeto transicional e dos fenômenos transicionais levaram Winnicott a estudar uma área intermediária, a da experiência do viver, que não é sonho e nem relação de objeto, mas, ao mesmo tempo que não é nem um e nem outro, é também ambos (1989a/1994). Este é o paradoxo essencial, diz o autor, que é preciso aceitar sem tentar resolvê-lo. Nessa área em que o sonho e a vida se tornam a mesma coisa, estão os ‘sonhos experientiais’ que, embora se distanciem do sonho profundo do inconsciente recalcado, se dão nas experiências oníricas do brincar e da cultura. O eixo que vincula todo tipo de experiência onírica é exatamente a tarefa da elaboração imaginativa operando na constituição, integração e manutenção da personalidade do indivíduo.

Aqui repousa um ponto central do uso analítico do sonho: o brincar se aproxima do reservatório total do que poderia ser sonhado e das camadas mais profundas do inconsciente (Winnicott, 1986b/1999). Mas, sobretudo, é preciso ter em mente que o brincar vai do mais rudimentar à complexidade do brincar compartilhado, tal como ilustrado pela experiência da amorfia, no fragmento clínico do texto de Winnicott, *O brincar: a atividade criativa e a busca do eu* (1971r), descrito no Capítulo 3. As atividades do brincar, do lactente, da criança e do adulto, equivalem às experiências oníricas, uma vez que o brincar permite a absorção de sentimentos de todos os gêneros que, de outro modo, ficariam encerrados no sonho não recordado (1964a/1982).

Se traçarmos uma comparação do uso analítico do sonho ao longo da análise, veremos que a elaboração imaginativa das funções corporais operou continuamente na transformação das emoções, sentimentos e demandas que emergiam dos contato com a analista, o filho e as amigas da academia. A elaboração imaginativa gradativamente especializou-se em sonhos sonhados, profundos ou não, na segunda fase do processo analítico.

Na sequência refletiremos sobre a segunda fase da análise. Para tanto utilizaremos alguns dos sonhos de Laura sonhados nos quatro anos e meio finais da análise, com os quais

pretendemos: a) reafirmar que as raízes do sonho se fincam na elaboração imaginativa das funções corporais; b) ilustrar a relação dos sonhos com as tarefas iniciais do amadurecimento; e c) reafirmar o sonho entendido como uma função especializada da elaboração imaginativa do experienciado⁴⁹, pela qual o indivíduo recria a si e o mundo encontrado.

5.1.3 Segunda fase da análise: a confiabilidade e a constituição do mundo interno

Adentrando o quarto ano de análise, a história e o amadurecimento de Laura foram extremamente enriquecidos pelos sonhos que começava a sonhar e que, sem dúvida, nortearam o manejo no *setting* analítico. Laura estava muito satisfeita por sonhar: “tinha algo a contar espontaneamente de si mesma”. Os sonhos foram muito usados em sessões, nas conversas com a mãe, amigas da academia e algumas vezes com o filho. Mas, enquanto isso, para mim pairava o incomôdo emergido das dúvidas em torno do uso analítico de seus sonhos. A paciente relatava o sonho sonhado; todavia, na análise do material onírico, as interpretações de conflitos pulsionais edípicos e pré-edípicos ainda se mostravam inoportunas quando inseridas no espaço da transferência, demandas e dinâmica psíquica dessa paciente. A leitura e interpretação do material onírico levavam em direção a fases mais iniciais do desenvolvimento, exigindo-me uma compreensão mais apurada da elaboração imaginativa das funções corporais operando junto às tarefas e complexidade próprias da integração e constituição da paciente.

Com isto, pude observar que o uso analítico do sonho, junto ao paciente *borderline*, se pauta pela perspectiva enfatizada por Winnicott: “Aquilo que passamos a poder fazer é cooperar com o paciente no seguimento de um processo, processo este que em cada paciente possui o seu próprio ritmo e caminha no seu próprio rumo” (1955d/2000, p. 374).

Assim, na reflexão da segunda fase da análise, alguns sonhos foram selecionados na tentativa de ilustrar o uso analítico do sonho inserido no contexto do amadurecimento. A descrição dos sonhos mantém a ordem cronológica em que foram relatados nas sessões, mas não necessariamente foram subsequentes um ao outro. Os subtítulos na descrição e reflexão sobre eles tentam demarcar o manejo e as principais conquistas do desenvolvimento emocional, tais como a internalização da confiabilidade, a constituição do *si-mesmo*, a separação eu não

⁴⁹ Expressão utilizada por Loparic (2012) em palestra proferida no Colóquio *O Sonho e o Sonhar em Winnicott*, realizado no Centro Winnicott de Campinas.

eu, o mundo interno, a apropriação da instintualidade e o concernimento, o reconhecimento da alteridade e a administração da instintualidade no contexto da triangularidade.

5.1.3.1 *O si-mesmo verdadeiro e a constituição do mundo interno*

Com este subtítulo pretendo refletir o uso analítico do sonho no reconhecimento dos indícios de um *si-mesmo* verdadeiro do paciente que, embora incipiente, se mantém oculto e protegido pela organização de um falso *si-mesmo*, bem como pensar o mundo interno a partir da elaboração imaginativa na integração e ressignificação das experiências vivenciadas pela paciente no contexto analítico e nos contatos com seus familiares e amigas da academia.

Os sonhos referentes às fases mais iniciais, em alguma medida, tratam da elaboração imaginativa das funções corporais operando na integração do mundo interno do paciente, que paulatinamente vai se constituindo e enriquecendo. Como veremos nos primeiros sonhos de Laura, o material onírico aponta para uma internalização da confiabilidade, uma apropriação gradativa do *si-mesmo* verdadeiro, bem como de uma aproximação paulatina da situação traumatizante e das demandas emocionais que ficaram truncadas.

No cotidiano de Laura, ao redor do primeiro sonho sonhado, sua mãe encontrava-se internada para uma intervenção cirúrgica. Nas sessões, afora os cuidados e a ansiedade com a internação da mãe, a paciente angustiava-se com o temperamento explosivo e agressivo de seu irmão. Ele acreditava que a mãe não precisava correr os ricos da cirurgia e deveria fazer um tratamento alternativo para o câncer através do uso das energias de cristais e pirâmide, que vinha estudando. No clareamento da situação, trabalhada em sessões, a alternativa encontrada era de o médico expor os riscos e os benefícios da cirurgia à sua mãe para que ela pudesse decidir a respeito. A partir disto, a mãe optou por fazê-la. Inconformado, o irmão registrou uma denúncia/crime em cartório, acusando Laura de um conluio com o médico para a morte da mãe, a fim de apossar-se da herança.

No manejo, do período da cirurgia e internação da mãe, uma vez que a paciente ficava quase que direto como acompanhante no hospital, reagendamos os horários o mais próximo da disponibilidade de ela vir para os atendimentos e a duração das sessões foi aumentada segundo a necessidade da paciente. Ao mesmo tempo, em momentos de angústia/desamparo, Laura me telefonava e conversávamos, o que possibilitava estar mais presente na sustentação da paciente.

A paciente inicia a sessão ressaltando o alívio sentido pela cirurgia ter transcorrido bem e de suas preocupações com o restabelecimento de sua mãe. Depois, com algum entusiasmo, Laura diz: “essa noite, lá no hospital, tive meus dois primeiros sonhos, pelo menos são os primeiros de que recordo!”. Do primeiro, lembrava-se apenas de um pedaço: a sua mãe estava na maternidade e teve um bebê muito pequeno, ele cabia na palma da mão. O médico pegou o nenê, pôs em sua mão e disse: - É muito pequeno. Ela estava no quarto e viu que era pequeno e estranho por ser japonês. Isso era o que lembrava.

Nas associações da paciente, o sonho falava da cirurgia de sua mãe, o bebê seria a parte pequena que foi retirada do estomago. O câncer era uma parte estranha ao organismo dela. Ela havia lido que o câncer vinha de uma decepção ou de um ressentimento. Este era o sentido a ser dado ao sonho. Laura parecia muito mais afetada por ter sonhado e lembrado do sonho do que de uma demanda para decifrá-lo. Dessa maneira, apenas mantive a postura de atrelar o sonho à situação de desamparo e dependência do médico cirurgião no restabelecimento de sua mãe.

Em seguida, Laura conta o segundo sonho, mas não sabia ao certo se seria outro ou uma continuação do primeiro. Nesse sonho, “ela estava em uma palestra sobre a Amazônia e o Rio Solimões. Um senhor da plateia disse que havia feito uma viagem com ela naquele rio, levantou-se e mostrou no mapa o caminho que haviam percorrido. Ela ficou intrigada porque não se lembrava dele e nem da viagem. No intervalo, este senhor dirigiu-se a uma barraca e Laura foi conversar com ele a respeito. Ele perguntou-lhe se queria café ou chocolate e disse ao garçom: ela quer um chocolate. Aí, voltou a falar com os amigos. E ela não conseguiu conversar mais com ele”.

Em suas associações, o que chamou sua atenção foi o fato de ele lembrar-se dela e da viagem, tão diferente de si mesma que, em geral, não tem lembranças, até achava que não tinha muita memória. Em seguida acrescenta: “o que mais me surpreendeu foi que, mesmo sem conversarmos, ele sabia que eu queria um chocolate, sendo que este meu doce preferido, e isso me deixou emocionada” (olhos marejados).

Assegurei à paciente que sua emoção vinha do fato de que ela era importante para alguém, pois além de lembrar-se dela, mesmo sem conversar, ele sabia qual era o seu doce predileto. A paciente replicou que a emoção do sonho foi boa, que era uma pena ela não se lembrar de alguém de seu relacionamento que se parecesse com aquele homem.

A leitura do material onírico fornecia várias direções. O sonho apontava para uma situação em que havia um bebê pequeno e estranho dependente dos cuidados médicos em um ambiente hospitalar. Uma delas seria o nascimento de seu irmão, até pelo conflito criado com a cirurgia da mãe. Em outra direção, o sonho parecia remetê-la ao nascimento de seu filho, única internação hospitalar que fizera em sua vida.

A terceira direção seria do nascimento dela mesma. Nessa direção, o desamparo do bebê no sonho fazia eco ao vivenciado por Laura em fases iniciais de sua vida, frente à depressão e à fragilidade materna que não a preservava de um ambiente ameaçador, e possivelmente dando *start* à organização de um falso *si-mesmo*, que é uma parte estranha ao organismo. Tempos depois, essa compreensão foi acessada a partir de outro sonho sonhado, em fase posterior da análise e de conversas de Laura com a mãe a respeito, nas quais a mãe relacionou o sonho a momentos de muito sofrimento para ela: o bebê pequeno e estranho seria o aborto que ela fizera antes do nascimento de Laura e dois após o nascimento do irmão, em função da instabilidade do ambiente familiar.

Na relação transferencial, o sonho apontava para os indícios de uma percepção da dependência da analista, ora ambiente e ora objeto, que se aprofunda no segundo sonho, sobre viagem à Amazônia, sonhado na mesma noite.

Importa aqui refletir a postura de não se aprofundar o material onírico para além do que o paciente *borderline* pode trazer espontaneamente, sobretudo, em função da organização defensiva do falso *si-mesmo*. À primeira vista, importa ponderar os riscos que uma intervenção interpretativa inadequada do material onírico causaria ao paciente, mesmo que aparentemente se mostre mais organizado. Explicando melhor: na opção de acompanhar apenas o sentido dado pelo paciente, o estrago seria o de ter que aguardar uma nova oportunidade de expressão do conteúdo latente, para interpretá-lo.⁵⁰ Por outro lado, o estrago feito por uma interpretação fora de hora traria consequências mais drásticas, pois poderia reforçar a apreensão pelo intelecto e/ou repetir a situação traumatizante, em que a imposição técnica (ambiental) torna-se mais importante do que o gesto do paciente (bebê).

⁵⁰ A sugestão de Freud é de que não se tente explorar o sonho todo numa mesma sessão, pois o material se repetirá até que seja elaborado. Mais ainda, diz o autor, não se deve deixar de analisar outro sonho em função de que o primeiro ainda não tenha sido totalmente explorado, pois um sonho pode mobilizar novos conteúdos, muitas das vezes ainda mais distantes da consciência.

No uso analítico do sonho do paciente *borderline*, a direção do material onírico a fases mais iniciais do desenvolvimento não trata necessariamente de uma regressão libidinal à fases anteriores, mas, precípuamente, do acompanhamento do processo da elaboração imaginativa na constituição da pessoa do paciente.

Com os dois sonhos descritos, pode-se melhor sublinhar alguns aspectos do que estou chamando do uso analítico do sonho inserido no contexto do amadurecimento. Nesses dois sonhos, é possível identificar no conteúdo manifesto elementos regressivos que permitiriam chegar ao conteúdo latente. No primeiro sonho há uma situação angustiante e o segundo apresenta uma solução mágica e/ou onipotente do processo primário. No entanto, à luz do amadurecimento, os dois sonhos apontariam para pequenas regressões à dependência de cuidados ambientais que não foram suficientemente experimentados em sua tenra infância.

Na situação de cirurgia e internação hospitalar, exacerbada pelo conflito criado pelo irmão, a angústia vivenciada pela paciente era da ordem do abandono e desamparo. Aqui para o manejo requerido, Winnicott diz literalmente: “Quando ocorre uma regressão no decorrer de uma psicoterapia [...] o terapeuta rapidamente entra em cena e toma conta do bebê e, então, a pessoa entrega a função de nutrir ao terapeuta, e desliza para a posição do bebê” (1954/2000, p. 163).

Nessa condição, nos dois sonhos da paciente, a situação de nascimento apontaria, em última instância, para a necessidade de um ‘*começar de novo*’, em termos de Winnicott, e/ou para o ‘*new beginning*’, de Balint. Até mesmo porque, nas situações de desamparo, o paciente pode ter, no contexto especializado, a oportunidade de vivenciar os cuidados do ambiente suficientemente bom, que não foram experienciados em tempo próprio. Por exemplo, a tentativa de começar de novo, que se dá no primeiro sonho, implica a vivência de uma onipotência, que aparece no segundo sonho, própria de uma comunicação não verbal, em que o essencial é a identificação da mãe das necessidades de seu bebê. O segundo sonho apontaria para a experiência de um cuidado, em que o principal é ‘um não saber’ que se é cuidado e muito menos de quem cuida, e estaria diretamente implicado com o manejo dessa experiência desde a primeira fase da análise.

Ao mesmo tempo, os dois sonhos apontam para a analista/objeto subjetivo, como diz Winnicott, que fosse na medida em que o bebê pode ser, nem mais nem menos do que isso. À primeira vista, tal exigência parece simples, como sugere ser o cuidado da mãe comum com seu

bebê; contudo, a complexidade básica de um *holding* é correspondente aos riscos que um retorno aos cuidados ambientais traz ao paciente regredido. Desse modo, no primeiro sonho, a vulnerabilidade vinha da dependência de uma analista na condição de ‘um médico que sustenta um bebê pequeno e estranho que cabia na palma da mão’. Já no segundo, a vulnerabilidade vinha de uma antecipação invasiva da analista, na condição de ‘alguém que sabia parte de sua história que lhe era desconhecida e que, mesmo sem conversar, sabia o que ela queria’. Essa questão pode ser reforçada pelo terceiro sonho sonhado, não muito distante dos dois primeiros, que descrevo a seguir.

No relato desse sonho, Laura chegou pontualmente à sessão, contudo com um semblante mais abatido. Inicialmente, ressentia-se de um cansaço frente aos conflitos com seu irmão, que se estendera ao seu filho, e às voltas dos cuidados com a mãe, que já havia retornado para casa. No decorrer da sessão, conta-me que tivera um sonho naquela noite; lembrava-se que “estava em um prédio à beira da praia. Da janela da frente viu que as ondas do mar estavam altas e que vinha uma inundação. Para proteger-se, correu para o fundo do prédio, onde a água não tivesse perigo de chegar. Quando chegou, seu ex-marido estava lá, foi para perto dele, queria uma relação sexual e ele a rejeitou. Ficou muito triste, afastou-se mais para o fundo. E aí foi procurar uma pomada para passar em um machucado que tinha”. Logo após o relato, Laura perguntou-me se a sua mágoa sentida pela rejeição da relação sexual era por conta do complexo edipiano, pois já havia lido a respeito.

Nesse momento, embora em termos mais coloquiais, apontei-lhe que o sonho dizia de um machucado que já existia, antes mesmo da rejeição de seu ex-marido. Ainda não era claro que a mágoa falasse do complexo de Édipo e a respeito de fantasias com seu pai. Depois de uma pausa Laura diz: “o interessante desse machucado é que como já te falei não tenho lembrança de ser tratada como princesinha do papai, coisas desse tipo. Acho que esse machucado fala mais dos meus medos e angústias sentidos na relação com meu pai. Eu sempre me magoei e tinha que me cuidar sozinha. Igual ao comportamento explosivo e irracional de meu irmão a respeito da cirurgia de minha mãe e que agora está discutindo também com meu filho”. A partir disto, assegurei que a ameaça da inundação no prédio da praia era semelhante à invasão das angústias vivenciadas com a cirurgia da mãe e o comportamento explosivo de seu irmão; a diferença era que agora estávamos juntas tentando cuidar desse machucado, embora isso também lhe trouxesse ansiedade de vir a machucar-se em nosso relacionamento.

Em termos da elaboração imaginativa, o mundo interno da paciente contava agora com as fantasias da situação da falha ambiental de origem, atualizada pela agressividade intrusiva do irmão. No entanto, o risco de que a falha se repetisse na relação transferencial também fazia parte de um funcionamento em que decepção passou a ser esperada.

Por outro lado, no uso analítico do sonho junto a estes pacientes cujo desenvolvimento emocional foi truncado em fases iniciais da constituição do indivíduo, a exemplo de Laura, ainda não há uma pessoa suficientemente integrada para perceber o pai como uma pessoa total e com recursos egoicos para deparar-se com o complexo edipiano. Ao mesmo tempo, importa assinalar que, em termos das fases mais iniciais do amadurecimento, a rejeição não tem lugar, a angústia não é frustração, mas da ordem do desamparo e do aniquilamento. A prioridade aqui é o reconhecimento de quando o material onírico está atrelado às questões do inconsciente recalcado e quando trata das questões mais primitivas do desenvolvimento

Por fim, no tratamento e no uso analítico do sonho do paciente tipo *borderline*, a paciência será sempre a melhor virtude do trabalho analítico, pois, nas fases mais iniciais do desenvolvimento, o sonho procede do *experienciado* no contexto do viver e é consubstanciado na relação transferencial do *setting* analítico.

5.1.3.2 *A confiabilidade e a separação eu não eu*

Com este subtítulo pretendo dizer que estou partindo da concepção winnicottiana de que tanto a confiabilidade quanto a identificação primária com o objeto fazem parte do processo da elaboração imaginativa das funções corporais. Nas fases iniciais de constituição e integração, a confiabilidade e a identificação primária se amalgamam. Isto porque, como diz Winnicott, tudo o que acontece no cuidado bom do ambiente é guardado como qualidade do *si-mesmo*; da identificação primária diz Naffah Neto (2012): “uma mãe suportiva servirá de padrão para que, mais adiante, isso venha a se tornar uma função psíquica e que a criança seja capaz, ela própria, de dar continência à complexidade do seu universo emocional” (p. 45).

Em termos do uso analítico do sonho, pretendo assinalar que a internalização da confiabilidade e da identificação primária com o objeto pode romper consideravelmente a barreira erguida pelo falso *si-mesmo* e abrir caminho para a separação eu não eu, entre outras tarefas simultâneas e subseqüenciais do desenvolvimento.

No sonho que descrevo a seguir, a mudança do filho para um apartamento dele, permeava novamente as preocupações de Laura. A paciente sonhou que “estava reformando uma casa e discutia com o pedreiro que estavam faltando paredes. Era um espaço amplo e não tinha as paredes que separavam os cômodos. O que mais lhe chamava a atenção era que sem as paredes dava para ver mais as vigas fortes da estrutura da casa. O pedreiro parecia entender o que ela estava querendo e ele construiria as paredes que eram necessárias para sua privacidade e deixaria a casa com espaços mais amplos e arejados. Por isso, combinou com o pedreiro de levantar bem menos paredes, os espaços ficariam maiores e com portas mais largas.

Na compreensão de Laura, a falta de paredes significava uma busca por liberdade, porque todas aquelas paredes ajudavam-na a manter cada coisa em seu lugar, sem que nada saísse de seu controle. Depois de uma pausa, diz: “para quem é fechada como sou já quebrei muitas paredes. Só que para mim ainda é muito difícil uma separação. A mudança do meu filho é como se ele fosse para sempre. Não sei se conseguirei ir até lá visitá-lo”. Nesse momento, apontei-lhe que a quebra das paredes também dizia da relação com seu filho, pois estavam se preparando para um novo tipo de convivência entre eles. A paciente retrucou dizendo que sua preocupação era de que isso não acontecesse, seu medo era de perdê-lo para sempre, temia que a mágoa fizesse com ele como aconteceu com ela, se não via a pessoa era como se ela nunca tivesse existido. Em seguida, retoma a mágoa de quando saiu de casa e que perdurou até o falecimento de seu pai.

Concordei que seu medo dizia de situações de ruptura vividas em sua história de vida, nas quais tivera que se cuidar sozinha. Mas, o sonho dizia que ela estava se preparando para uma separação muito diferente da ruptura da infância e da sua adolescência. A paciente replica que era ainda muito difícil acreditar que seu filho não romperia definitivamente com ela, embora por várias vezes, ele tivesse reafirmado que não ia mudar por mágoa, apenas queria um espaço que fosse dele e pudesse ter autonomia. Como se precisasse convencer a si mesma, Laura passa a falar dos projetos de mudança que ele pretendia fazer no apartamento, das planilhas de gastos e receitas com as quais vinha administrando os salários recebidos em seus dois empregos.

Assegurei que, embora a dúvida persistisse, os preparativos e projetos dele também apontavam estruturas e vigas mais fortes da personalidade de seu filho. A paciente se emociona, diz: “não tinha pensado nisso”. Depois de uma pausa, acrescenta: “acho que eu também vou ter mais liberdade... pelo menos não vou ter que ficar presa aos horários dele para preparar as

refeições, as roupas, fazer seus pagamentos, cuidar do carro e tudo o mais que ele precisa”. Digo espontaneamente: tudo isso até a hora de ele telefonar pedindo para fazer. Laura abre um sorriso e diz: “ou você já me conhece bem ou você também é mãe!”

Ao pensar no uso analítico desse sonho, alguns aspectos ganham relevância. O primeiro diz respeito ao ‘contrato acertado com o pedreiro de manter as paredes necessárias para a privacidade e deixar os espaços mais amplos e arejados’; este vem na contramão da regra básica da psicanálise, a de dizer tudo o que vem à cabeça na associação livre. Em termos de manejo, o contrato com o pedreiro de preservar a privacidade aponta para um pressuposto central da clínica e do pensamento de Winnicott:

[...] no centro de cada pessoa há um elemento não-comunicável e isto é sagrado e merece ser preservado. [...] as experiências traumáticas que levam à organização das defesas primitivas fazem parte da ameaça ao núcleo isolado, da ameaça dele ser encontrado, alterado, e de se comunicar com ele. A defesa consiste no ocultamento ulterior do *self*, mesmo no extremo de suas projeções e de sua disseminação infundável (1963/1983, p. 170).

Nem mesmo o estupro ou o ser devorado, diz o autor, podem ser comparados com a violação do núcleo do *si-mesmo*, quando a comunicação varia as defesas e marca a alteração dos elementos centrais do *si-mesmo*. Esse sonho dava agora um sentido à fala de Laura de que “gostava de ficar quieta em seu canto”, não de uma defesa em si, mas de uma necessidade central do ser humano.

Em nossa relação transferencial havia um contrato a ser respeitado. A reforma da casa exigia um ritmo e um cuidado com cada cômodo, o que, em alguma medida, já vinha sendo feito com cada uma das situações relatadas/cuidadas nos três primeiros anos de análise. Como diz Winnicott, o sonho é a chave, porém este só se sucede em função do trabalho analítico na retomada da esperança, resultante da confiabilidade do ambiente.

Outro aspecto vem da relação entre o material onírico e o manejo das tarefas do amadurecimento no contexto analítico. Com as quebras da barreira do falso *si-mesmo* (das paredes) já era possível perceber a estrutura e vigas mais fortes do *si-mesmo*, contudo a separação ainda era temida como uma ruptura sem volta. A tarefa da separação eu e não eu estava em andamento, mas outros recursos eram exigidos frente à ansiedade da tarefa.

Na mesma semana do sonho acima, Laura sonhou que ela e sua mãe estavam viajando num ônibus que estava cheio. O ônibus fez uma parada e no ponto havia uma loja e na vitrine

tinha toalhas e ao lado, várias telas. A sua mãe mostrou-lhe e ela viu que eram toalhas para mesa de jantar muito bonitas, eram estampadas. E ao lado estavam algumas telas, dessas para bordar, com tema mais antigo, com pessoas elegantes, harmoniosas e bonitas. Laura acordou com uma sensação boa. Em sua compreensão, “este sonho diz da surpresa que tive quando vi minha mãe me defendendo. Você lembra que me senti respeitada por ela e que eu achava que isso nunca ia acontecer? Acho que as pessoas elegantes na tela falam desse amor que é companheirismo e confiança”. Apontei que lembrava de como se sentira respeitada por ela como pessoa e como mãe.

Em termos do amadurecimento, a confiabilidade materna era um alimento que valia a pena ficar registrado no bordado de uma tela, ou seja, internalizado como uma qualidade do *si-mesmo*. Na relação transferencial, o sonho também dizia da fala de Laura, na sessão anterior: “ou você já me conhece bem ou você também é mãe!”⁵¹ Aqui a analista/mãe já começa a ser percebida como profissional.⁵²

No processo da elaboração imaginativa das funções corporais rumo à integração da mãe/ambiente e mãe/objeto, o mundo interno é enriquecido com novos espaços e funções psíquicas. Para ilustrar, trago uma situação da paciente em se questionava pela ruptura da amizade com uma amiga, que ocorrera quando seu filho ainda era pequeno, e tentava elaborar uma parcela de culpa pelo acontecido. No sonho, Laura “foi ao banco pagar uma conta, mas já estava fechado e pediu ao guarda que a deixasse entrar, pois tinha uma conta a pagar. Mas, quando entrou, viu que não era um banco, mas uma farmácia. Na hora de pagar a conta percebeu que não tinha dinheiro, tinha apenas moedas bem pequenas. Preocupada comentou com o homem do caixa e este disse que pareciam pequenas, mas tinham valor e eram suficientes para a conta. Quando saiu o guarda já não estava lá”.

Laura acordou com uma sensação boa, lembrando-se das moedas pequenas. Em seguida dizia sorrindo: “nesse sonho dois homens me ajudaram, tanto o guarda que me deixou entrar e o caixa que reconheceu o valor das moedas. Também achei muito interessante que do lado de fora parecia um banco, tinha um guarda na porta, mas ao entrar vi que era uma farmácia. Dos dois homens desse sonho, acho que um deles talvez fosse meu ex-marido e o outro fosse

⁵¹ Somado a isto, segundo Winnicott, em muitas circunstâncias do cotidiano, tais como as amizades, durante uma doença física e em outras situações, a confiança no ambiente permite que o indivíduo regreda à dependência dos cuidados ambientais e as utilize de forma produtiva para seu crescimento. Assim os cuidados recebidos na convivência com as amigas da academia foram terapêuticos para Laura.

⁵² Nesse momento, a presença das toalhas para mesa de jantar não mereceu maiores destaque, como veremos, ganhará importância em sonhos bem mais posteriores.

Antônio, o pai do meu filho, porque apesar da mágoa foram duas pessoas que me ajudaram muito”. Apontei, em palavras mais coloquiais, que possivelmente a farmácia dizia de um espaço interno de cuidado e de valores próprios, em que já podia liberar a rigidez de um padrão moral externo.

A paciente complementa que a caminho do consultório ficara pensando que já não sentia tanta mágoa da ruptura com a ex-amiga, o ex-marido e nem mesmo com Antônio. Ali falando comigo, se dava conta de que já fosse bem menos preconceituosa, porque vinha aceitando muitos convites das amigas da academia para eventos em que a maioria delas ia com os maridos. Achava que isso começara com a conversa que tivera com o seu filho a respeito do pai dele e viu que ele não tinha o mesmo preconceito e não a culpava pela ausência de Antônio, ajudando-a a quebrar o preconceito e a culpa que sentia. A isto pontuei que esse sonho reassegurava que ela se aproximava cada vez mais de si mesma, de seu filho, da ex-amiga, do ex-marido e de Antônio, como pessoas que causavam mágoa, mas também eram reconhecidas em seu valor.

Em termos do amadurecimento, seria correto dizer que Laura começava a integrar o ambiente cuidador que tanto procurara. Em alguma medida, as pequenas moedas foram coletadas e cuidadosamente guardadas no registro dos cuidados recebidos ao longo de sua vida e aquelas recebidas no contexto da análise. No cenário de seu mundo interno, havia agora o espaço da farmácia, como uma função psíquica capaz de vir a dar continência à complexidade do seu mundo emocional.

Esta compreensão é reforçada por um outro sonho sonhado na mesma semana. Laura sonhou e até queria escrevê-lo para não esquecer, porque a sensação foi muito boa. “Parecia que ela estava numa escola, tinha um corredor com várias salas, muita gente andando e entrando nas salas, o que a deixava atordoada. Depois saiu dali e estava em outro lugar, que também tinha um corredor e várias salas, mais parecido com um hospital, com poucas pessoas e mais silencioso. Numa das salas do hospital, ela estava conversando com Antônio (pai de Geraldo). Depois foi até o quarto ao lado e pediu para sua avó que fizesse um café para eles e ela sorrindo foi fazer”. Acordou e a sensação boa foi de saudade da avó e do Antônio.

Na compreensão de Laura, o primeiro prédio seria o da faculdade. Não o viu ali, mas se lembrasse de alguém, seria seu ex-marido. No sonho saiu de lá e não sabe como já estava em um hospital onde encontrou Antônio. Lembrou-se de que ele estava muito amável, com uma

conversa boa. Não lembrava do que falavam, mas era algo que a comoveu porque até foi pedir para sua avó fazer um café (sorriso espontâneo). Laura sentiu saudade de Antônio porque, além de tê-la ajudado no trabalho, foi quem lhe deu seu filho, a pessoa mais importante de sua vida.

Nesse momento, apontei que esse sonho fazia eco ao sonho do banco e da farmácia: as rupturas estavam sendo desfeitas. Neste sonho os homens eram claramente reconhecidos, o ex-marido ajudara-a na faculdade e o outro ajudara no trabalho e dera-lhe o filho. Este foi o sentido do sonho trabalhado em sessão.

No processo do amadurecimento, esses últimos sonhos retratam a elaboração imaginativa integrando e ressignificando, na linha do tempo, as separações ocorridas com o ex-marido e com o pai de seu filho, o que lhe servirá de esteio para o reconhecimento do filho com vida própria.

5.1.3.3 *Elaborando a instintualidade*

No uso analítico do sonho, com este subtítulo pretendo evidenciar alguns aspectos do processo da elaboração imaginativa operando na apropriação da instintualidade a partir do que Winnicott chamou de ‘a vivência da excitação’ pelo paciente do Caso B.

De antemão é preciso sublinhar que, com os pacientes tipo *borderline*, a exemplo de Laura, é preciso atentar para a importância das identificações cruzadas operando no amadurecimento do indivíduo.

Nessa segunda fase da análise, pude observar Laura descobrindo-se sensivelmente identificada com as amigas nas situações vivenciadas, por exemplo, na viuvez de uma delas, casamento do filho de outra, nascimento de um neto, falecimento da mãe e/ou nas dificuldades que de maneira geral tinham nas relações com seus familiares. A paciente sentia as emoções e sentimentos mobilizados nas situações vivenciadas e com os quais se aproximava mais de si mesma e daquelas mulheres. Muitos dos sonhos de Laura apontavam para a integração das emoções e sentimentos ressignificados a partir da convivência com o grupo de amigas.

Por outro lado, para explicitar melhor o que estou introduzindo como elaboração imaginativa da instintualidade enquanto ‘vivência da excitação’, descrevo um sonho de Laura, obedecendo a ordem cronológica do relato de seus sonhos. Neste, a paciente estava “viajando em companhia de seu filho. Era uma excursão a uma cidade antiga e foram num passeio pela

área subterrânea. No início estava receosa do que encontraria, mas conforme foram caminhando depararam-se com vários sulcos de água, que formavam um lago de água cristalina e morna que lhe lembrou das termas de Caldas Novas. E ficaram horas por lá e aproveitaram muito”.

Em suas associações, a sensação quando acordou foi tão boa que até começou a pesquisar alguns roteiros de viagens e seu filho mostrou-se interessado. “Só que agora tenho que pensar em como fazer com o Toy, cachorrinho que comprei recentemente”; ela era a pessoa da casa escolhida por ele. Emocionada dizia: “A mamãe ficou encantada, ele já me conhece, abro a porta e já se balança todo para mim, é uma emoção que não imaginava que fosse sentir, tanto assim. Depois que cuido dele, ele vai deitar perto da mamãe e ficam tomando sol juntos. No final da tarde, quando sento para ler ou assistir um filme, ele vem no meu colo e fica todo aconchegado”.

Em termos do amadurecimento, a partir das experiências com o Toy, a elaboração imaginativa operava na integração de sensações e emoções abrindo-lhe a possibilidade de um brincar com o filho no sonho. O cachorro Toy permitia-lhe uma vivência da meninice que não lhe fora possível em momento próprio. Em sua meninice, época em que morava próximo de um Parque Municipal, quase sempre ia lá sozinha com seu cachorro, mas ficava muito ansiosa de que o cachorro escapasse da coleira, corresse para as ruas movimentadas fora do parque e fosse atropelado. A ausência de um adulto que protege impedia-lhe as emoções do brincar com um cachorro.

Na análise de Laura, as regiões descritas nas viagens acontecidas em vários de seus sonhos sugeriam a constituição de um espaço em que podia transitar em seu mundo interno e, pouco a pouco, elaborar, ressignificar e guardar suas emoções e sentimentos. Muitas das vezes as emoções eram retratadas no encontro com a água, que ora se mostrava agitada, ora ausente, ora congelada, até a água que revigora. Indubitavelmente, a constituição desse espaço pode ser observada no uso analítico do sonho de muitos pacientes tipo *borderline*, se considerarmos que seus sonhos possibilitam experiências psicossomáticas de emoções e excitações que não puderam ser vivenciadas em seu tempo próprio.

Adentrando o quinto ano da análise, Laura teve um sonho bastante significativo e não sabia bem o que pensar a respeito, o que a deixou um tanto preocupada. No seu cotidiano estavam suas expectativas com a nova namorada do filho. Sonhou que “sua mãe tinha tido uma menina. Sua mãe estava feliz, dizia que Deus tinha-lhe dado uma menina especial e

recomendava às enfermeiras que a pusesse logo na frente, lá no berçário". Aí acordou e foi ao banheiro, com os olhos meio que fechados, para voltar e continuar dormindo. Não sabia dizer se continuou o mesmo sonho ou já era outro. Ela tinha dado à luz uma menina, de olhos grandes, pele branca. Ela e a nenê estavam morando no seu primeiro apartamento e viu-se toda preocupada. Conversava com uma amiga de que não se conformava que a bebê estivesse sem fraldas e ela tinha de ir comprá-las, senão seria difamada por não cuidar de uma criança.

Em suas associações, no sonho da mãe tendo uma menina de olhos grandes e pele branca, ela seria esta menina, pois nasceu depois do primeiro aborto. Isto porque a paciente havia conversado com a mãe a respeito do sonho de um bebê pequeno e estranho que cabia na mão do médico e ela associou o bebê pequeno, que fora retirado como uma parte estranha ao seu organismo, ao aborto que fizera antes de Laura nascer, pois não achava bom que nascesse uma criança naquele clima de briga e desentendimento.

Na conversa com a mãe sobre o sonho atual, em que ambas tinham tido uma menina, acharam que seria a filha de Geraldo. Para sua mãe, seria uma alegria conhecer a bisneta. Já para Laura, naquele momento, uma neta seria uma preocupação, porque teria de assumir a nenê. Acreditava que, no sonho, a sua preocupação em comprar as fraldas era porque seu filho e a namorada não dariam conta de criar a nenê e ela mesma tinha pouco jeito em lidar com criança.

Apontei-lhe a pertinência da preocupação com a imaturidade do casal para criar a filha. Associei o seu pouco jeito em lidar com criança à dificuldade que tivera de brincar com o filho quando pequeno e à sua preocupação de ter que assumir a responsabilidade dos pais. Laura replica que a sua necessidade de controlar tudo viria de ter que assumir a responsabilidade de cuidar do filho sem a participação de Antônio (pai de seu filho); mas seu pouco jeito de lidar com criança vinha desde sua infância, pois não tinha lembrança de brincar com outras crianças, talvez brincasse sozinha. As poucas lembranças que tinha, por volta de seus dez ou doze anos, era de seu avô paterno contando suas histórias para os netos. A sua avó materna e sua mãe também não eram de brincar. A mãe trabalhava fora e sua avó ficava com as tarefas da casa, não tinham como pensar em brincar a não ser prover e cuidar da casa. O seu pai, além de não brincar, não ser afetivo, nem provedor, com o seu temperamento explosivo conturbava o ambiente da casa.

Depois de uma pausa, pontuei que talvez no sonho a preocupação com um jovem casal que não dá conta de criar a filha apontasse para a imaturidade de seus pais no cuidado dela em

sua tenra infância. Laura replicou: “sempre disse que sentia medo e mágoa do meu pai, mas acho que sinto é raiva não só dele, mas da minha mãe e até da minha avó que só sabiam aconselhar que eu ficasse quieta para não piorar as coisas, e nunca fizeram nada para mudar a situação”.

As rupturas do falso *si-mesmo* estavam sendo desfeitas, a vivência da excitação permitiu-lhe sentir a raiva. Por outro modo, tal como afirmado por Winnicott, “[...] o sonho tem poesia em si, isto é, camada sobre camada de significado relacionado ao passado, ao presente e ao futuro, ao interior e ao exterior e, sempre, fundamentalmente, a respeito do sonhador” (1971h/1975, p. 56). O sonho também apontava para a esperança de relação com o objeto abrindo a expectativa de novos modos de *ser* e *estar* no mundo. Assim, seria correto dizer que a elaboração imaginativa ligava o passado, o presente e o futuro, através da bebê, da menina, mãe, e avó, numa linha de continuidade de vida de Laura.

Duas sessões depois, Laura sonhou “que viajava com sua mãe pelo Amazonas em um barco que levava muitas pessoas. Aí o barco parou e desceram em uma casa à margem do rio. Chamou-lhe a atenção de como a casa era simples (*palafita*) e acolhedora. Bem em frente da casa, havia uma pedra no rio e as águas vinham e batiam nela fazendo muita espuma. Ela ficou preocupada se um barco fosse de encontro a ela, e em seguida viu que as crianças brincavam naquela pedra. Elas iam e esperavam que viesse uma onda mais forte e mergulhavam nas águas. A paciente dizia: “Foi uma sensação boa que até agora te contando me emociono com a imagem daquelas crianças brincando”.

Na compreensão de Laura, ao ver a pedra logo pensou no perigo, mas as crianças, ao contrário, subiam na pedra e brincavam. “Fiquei pensando que como sempre vejo perigo em tudo então fico tentando controlar, você acha que pode ser isso?” Apontei-lhe que o sonho talvez dissesse que o perigo estava na própria emoção que temia vivenciar e tentava controlá-la, pois com o Toy (seu cachorro) podia experienciar a emoção ao brincar com ele. A paciente comenta que “era bem essa a sensação de emoção e alegria que senti no sonho”. Depois contou que ela e as amigas da academia estavam planejando um cruzeiro para as férias do final do ano. No decorrer da sessão, conversamos sobre como o sonho lhe trazia a expectativa de prazer no cruzeiro com as amigas, tal como as crianças brincavam no sonho.

Em termos da elaboração imaginativa, o sonho apontava para uma integração de suas sensações e emoções: as crianças iam e esperavam que viesse uma onda mais forte e

mergulhavam nas águas. Além de unificar e organizar os instintos, diz Winnicott, cabe à elaboração imaginativa a administração deles “[...] com a preparação para satisfação dos instintos, ou à tentativa de mantê-lo confinado, ou à tarefa de mantê-lo vivo de modo indireto através do brincar ou da dramatização de uma fantasia” (1988/1990, p. 72).

O relato da paciente de que “a experiência vivida no sonho foi tão real que até te contando me emociono com a imagem das crianças brincando”, bem como as experiências do brincar em outros sonhos, ilustram claramente a concepção winnicottiana do sonho como uma experiência psicossomática para além de um processo mental. No entanto, a experiência nesse sonho se mostra bem distinta da viagem retratada no seu segundo sonho relatado na análise, em que estava numa palestra sobre a Amazônia e um homem da plateia dizia-lhe da viagem percorrida pelo rio Solimões, da qual ela não tinha lembrança, nem dele nem da viagem. Seria correto dizer que no sonho atual Laura havia revisitado a Amazônia, a diferença era que agora ela e sua mãe participavam da viagem e havia crianças brincando. Mais ainda, agora ela tinha a possibilidade de brincar com as amigas no cruzeiro de férias.

No contexto clínico, uma série de provisões necessárias, e afirmadas por Winnicott, ajuda na compreensão dos sonhos relatados até aqui. No retorno à dependência dos cuidados ambientais, quando em um atendimento especializado, se faz necessária uma sequência de eventos para o manejo e os efeitos possíveis da regressão. Entre esses estão: um contexto (ambiente) que proporciona confiança, a regressão do paciente à dependência com a devida percepção do risco envolvido, o paciente sente o eu de um novo modo e o eu oculto é entregue ao ego total. Então, o crescimento é retomado a partir de onde o processo havia parado (1955d/2000).

Alguns meses depois, Laura sonhou: que estava viajando com sua mãe. Haviam saído para fazer uma excursão e, na volta para a colônia de férias, um senhor veio dizer que ela havia esquecido a cama do lado de fora do chalé, como tinham levado a chave, ele não pôde fazer nada. A cama pegou toda a chuva e o colchão ficou encharcado. Ficou constrangida e ele ajudou-lhe a levar a cama para dentro do chalé.

Para a paciente, era costume colocar o colchão e os cobertores para tomar sol. Em sua compreensão, a cama dizia de intimidade e recolhimento. O constrangimento foi pelo seu desmazelo em ter ido passear e esquecido de recolher justamente a cama, algo tão íntimo, e um homem ajudou-lhe a levar a cama para dentro do chalé. Apontei que esse constrangimento

parecia fazer eco àquele sentido no sonho da nenê sem fralda. A paciente retruca que no sonho da nenê ela precisava comprar a fralda porque seria difamada por não cuidar da nenê. Neste sonho, o constrangimento vinha pelo seu desmazelo de ter esquecido de recolher a cama e foi justamente um homem que a ajudou recolher a cama, que é algo tão íntimo.

Concordei, mas sublinhei que nos dois sonhos, o constrangimento se dava por um julgamento de valor sobre um desmazelo, mas não sabíamos nada sobre o que a nenê poderia estar sentindo e nem mesmo do incômodo dela de ter que dormir num colchão encharcado.

A paciente diz: “acho que a nenê nem perceberia a falta da fralda, só sentiria o desconforto de ficar molhada pelo xixi ou suja com o cocô - faz uma pausa – falando assim da nenê, acho que esse medo do que as pessoas podem pensar ainda me incomoda mais do que de dormir numa cama molhada”. Depois de nova pausa comenta: “sempre gostei de ficar recolhida no meu canto, lendo ou ouvindo música. Só que, quando estava com outras pessoas, ficava muito constrangida porque não sabia o que falar, não tinha assunto, parecia que não estava a par do que acontecia no mundo”. Apontei que possivelmente nessas horas, sentia-se como o colchão sob a chuva. A paciente complementa: “acho que sim, porque ter uma intimidade sempre foi muito difícil para mim, sempre tive muito medo”. Em seguida, retoma as dificuldades de relacionamento com seus pais e irmão. Pontuei que ela falava agora de um medo que, possivelmente, tivesse dificultado a intimidade não só com o outro, mas consigo mesma em poder conhecer até mesmo seus desejos. Para a paciente, isso a fazia lembrar que sexualmente sempre lhe chamara a atenção a imagem da mulher misteriosa, um símbolo da mulher fatal. O interessante era que essa imagem de mulher misteriosa vinha de suas vestimentas e danças, por exemplo, as mulheres da Turquia e dos países árabes. Lera romances, livros de história e assistira vários filmes sobre esses países. Acrescenta que essa imagem é o que a levou chegar mais perto de sua sexualidade.

Este é um ponto importante no uso analítico do sonho do paciente *borderline*, facilmente enganador ao analista. No caso de Laura, é interessante notar como a imagem da mulher misteriosa se ajusta ao ocultamento do *si-mesmo* verdadeiro, truncando a intimidade consigo mesma. No decorrer das sessões, Laura reavaliava o fracasso de seus relacionamentos, que atribuía ao fato de que não sabia escolher o homem, dizendo que, na realidade, nunca fizera uma escolha.

Com isto, tal como argumenta Naffah Neto (2007), podemos retomar que é a elaboração imaginativa das funções corporais que criará, paulatinamente, a sexualidade infantil: em primeiro lugar, dando sentido humano a movimentos fisiológicos e transformando-os em busca de prazer ou de descarga agressiva. Em segundo, “[...] ligando esses impulsos a objetos discriminados e fundindo o erótico e o agressivo/destrutivo em sentimentos ambivalentes (de atração/repulsão, amor/ódio), constitutivos de todo desejo humano” (2007, p. 44).

Diferentemente de outras sessões, no relato do sonho que descrevo a seguir, Laura mostrava-se reticente e fazia longas pausas para descrevê-lo e pouco interesse em refletir a respeito. “Lembrava-se de pouca coisa, (pausa), entrou num lugar e logo percebeu que era uma casa, porque após o *hall* social havia uma sala de jantar, com uma mesa posta e com luzes acesas. Numa sala ao lado havia outra mesa com louças empilhadas. Não entrou nestas salas e foi direto à cozinha, que era bem pequena (pausa prolongada). As louças empilhadas eram de porcelanas brancas, taças de cristais e seriam para o serviço de mesa, talvez fossem servir um almoço ou um jantar, porque até os candelabros estavam acesos”.

Apesar de as porcelanas terem chamado sua atenção, não lhe eram conhecidas. Sua mãe e sua avó pouco usavam esse tipo de louça. Em geral, faziam suas refeições na cozinha, dificilmente usavam a sala de jantar. Laconicamente dizia: “além do trabalho para arrumar, (pausa) não tenho habilidade para estar numa mesa desse tipo, fico com medo de errar e atrapalhar-me com os talheres”.

Até essa sessão, a única coisa que eu sabia era que seu filho gostava de arrumar uma mesa requintada, ao receber os amigos em casa, quando Laura e a avó não estavam. O fato de fazer isso apenas na sua ausência era motivo de muita mágoa para a paciente. Mas, diante de sua resistência ao sonho, não me arrisquei a fazer qualquer comentário a respeito.

Algumas sessões depois, Laura assistiu ao filme *As partidas*, que trata do reencontro de um jovem japonês com o pai, que o havia abandonado quando era bem pequeno. O pai havia morrido e ele foi chamado para buscar o corpo. O pai tinha uma das mãos fechada e o jovem, ao abri-la, viu que ele estava segurando a pedra que haviam trocado na ocasião em que se despediram. A mensagem para Laura era a de que “apesar de o pai não ter retornado, ele manteve o filho no coração”.

O filme foi significativo para Laura em vários sentidos. Relembrou-se de que, “quando saiu de casa, foi logo após uma briga na hora do jantar em que seu pai lhe dissera que não valia

o prato que comia. A avó materna saiu em sua defesa e seu pai agrediu a avó fisicamente. Ficou magoada, foi para seu quarto chorou sozinha, arrumou as malas e foi para casa de seu avô paterno, que lhe ajudou a encontrar uma pensão”.

A mágoa dessa recordação de que “não valia o prato que comia” parecia ressoar no sonho das porcelanas, taças e candelabros preparados para o serviço de um almoço ou jantar, para o qual a paciente dizia não ter habilidade. E, possivelmente, fazia com que Laura “desvalorizasse o fato de seu filho apreciar uma mesa requintada, justificando que ele queria impor-se pelo *status social*”.

Outro aspecto significativo desse filme veio da recordação de seu pai pouco antes de sua morte e que a fazia chorar com um misto de mágoa e culpa. A culpa vinha de não ter dado chance de comunicação entre eles. Todavia, em um sonho posterior, a culpa encobria um perigo maior: a expectativa de um pedido de desculpa e esta não acontecer. Da mágoa dizia: “meu pai não queria deixar a aposentadoria para minha mãe, porque ela continuaria dando tudo aos filhos; minha mãe precisou se impor para ficar com a aposentadoria”. A atitude firme de sua mãe havia possibilitado que seu pai se tornasse o provedor que não fora no passado; através da alta aposentadoria deixada, ele provia o presente e resguardava o futuro da família.

No filme sobre o reencontro do jovem japonês com o pai, Laura pode identificar a ruptura, o ódio e o abandono encobertos pela mágoa paterna.

5.1.3.4 *O ódio da analista*

Com este subtítulo, pretendo dizer do encontro com a analista na relação transferencial. A paciente podia vivenciar a mágoa na análise tanto fosse por minhas limitações pessoais ou quando lhe apontava a persistência de um controle sobre seu filho. Explicando melhor: próximo ao final do quinto ano, o contexto de seu cotidiano era demarcado pela data da mudança de Geraldo para seu apartamento e para o qual vinha se preparando financeiramente com seus dois empregos. Laura comprou um imóvel grande e ofereceu ao filho no lugar do seu apartamento, todavia a construção do prédio demoraria mais três anos. Geraldo recusou a oferta, pois nem mesmo teria como bancar o condomínio do novo imóvel.

A compra do imóvel, para além das conquistas da paciente, sugeria uma tentativa sedutora de manter a dependência do filho. Na sessão, o longo relato da discussão com o filho

mobilizou-me um sentimento de irritação e, possivelmente, minha interpretação sobre sua tentativa de controle provocou-lhe importante mágoa. Por duas ou três sessões, Laura expressou sua mágoa mostrando-se reticente e comunicando-me o término da sessão antes do horário em função de compromissos já agendados. Não muito distante, a paciente teve um sonho que apontava para o acontecido e de como lidara com a mágoa.

Do sonho, lembrou-se de que “estava conversando com uma psicóloga. Aí uma senhora e uma criança entraram na sala e foram conversar com ela. Ao conversar com elas, a psicóloga meio que a deixou de lado e ela sentiu-se sozinha e ficou muito magoada. Aí foi até a janela e ficou olhando para um jardim que tinha no consultório e que ficava ao lado da sala”.

Na compreensão de Laura, “o sonho dizia a respeito de nós duas, mas no sonho a psicóloga era bem mais gorda (riso). Ela ficava chateada quando eu falava do passado, porque era uma pessoa prática e o que passou, passou, tinha que virar a página. [...] A sua dificuldade estava no presente, no fato de não conseguir falar sobre o que a magoava e então se sentia sozinha”.

A respeito do sonho concordei com a paciente sobre a falha em que era deixada de lado e de que sentia uma mágoa dolorida. Todavia, pontuei que o jardim havia possibilitado o tempo necessário para que ela falasse de seus sentimentos; embora tivesse atuado a raiva sentida, estávamos conversando e reparando sua mágoa.

O sonho apontava para um enriquecimento significativo no seu mundo interno, ao olharmos para o perigo da mágoa retratada em seu terceiro sonho na análise, no qual estava em um prédio à beira da praia e as águas ameaçavam uma inundação, fazendo-a ir mais para dentro e cuidar sozinha do machucado.

A interpretação do jardim foi importante para a paciente. Algumas semanas depois, contou-me que sua mãe lhe perguntou por que ainda vinha à terapia se o filho estava bem. Laura disse-lhe “que vinha porque me ajudava a ver as coisas de outros lados”. Em seguida, acrescentou: “a caminho do consultório fiquei pensando que esse era um horário em que tenho um tempo só para mim; venho por mim mesma, gosto de conversar com você, posso falar e desabafar sobre o que for e isso me faz bem”.

Em alguma medida, uma série de sonhos da paciente pareceu ressignificar a mágoa paterna e a existência do marido da mãe. Laura sonhou que “estava com os seus pais num hotel em que estava sendo realizada uma festa de casamento e, para chegar ao quarto, tinham que

subir uma escada e desse quarto saía outra escada que levava para o quarto que ficava acima. As escadas tinham um muro de pedras na sua lateral, como se fosse uma construção medieval. Achou isso interessante e se perguntava como os quartos poderiam estar interligados se ali era um hotel. E achava mais estranho, porque o quarto de cima era o quarto de lua-de-mel do casal. Não sabia como, depois, ela e seu pai estavam no restaurante do hotel e sentados juntos com algumas de suas amigas, que eram jovens; ficava intrigada de ver como seu pai conversava espontaneamente com elas”.

A paciente acreditava que se sentiu bem ao acordar até porque já não se ressentia tanto de seu pai. O seu sentimento de estranheza ao vê-lo conversar com suas amigas jovens foi associado às namoradas e casos que ele manteve quando ainda casado e aos que teve após o divórcio. “Sempre fiquei muito ressentida de ele viver como um solteirão, de gastar tudo o que ganhava com as namoradas, festas e carros de luxo. Até pensei que isso fosse coisa do complexo de Édipo (sorri) só que no fundo acho que o que mais me doía era ele viver como se não tivesse filhos”.

Laura acrescenta que o interessante era que, embora, de modo diferente, existia uma semelhança entre eles, enquanto seu pai e seu irmão sentiam-se atraídos por mulheres bem mais jovens, ela se sentia atraída por homens mais velhos. Nesse momento, pontuei que, talvez, em função da ausência paterna, ela tivesse buscado encontrar nos relacionamentos com homens mais velhos o afeto de proteção e segurança vivenciado com o avô paterno. Na sessão, dava-se conta de que seu filho estava se relacionando com uma moça da idade dele, diferentemente de seu pai, de seu irmão e dela mesma. Acreditava que não tivesse errado tanto com o filho, até mesmo porque ela e a namorada dele em muitas coisas eram parecidas: prática, batalhadora, responsável, preocupada com a avó. E, de alguma forma, a dependência do filho era porque ele só podia contar com a mãe e a avó, literalmente.

O processo de elaboração imaginativa frente à ambivalência paterna pode ser ilustrado com fragmentos de outros dois sonhos com seu pai. Do primeiro, lembrava-se apenas de uma cena em que seu pai retirava uma hera da parede de sua casa atual. A hera fazia parte da decoração natalina e estava colocada ao redor da janela da sala. A cena chamou sua atenção, porque seu pai não era dado a cuidados com os afazeres da casa e depois pela tranquilidade do ambiente.

Na compreensão da paciente, a surpresa vinha da celebração de um Natal em família e o seu pai cuidando da casa. Em sua lembrança, a pessoa que fora mais presente no cuidado da família fora seu avô paterno; talvez, a sua mágoa com o pai tivesse encoberto qualquer tentativa vinda dele.

No segundo sonho: Laura e o filho iam viajar e estavam atrasados com a arrumação das malas. Na saída de casa, viu que uma camiseta dele tinha ficado no quarto, mas não dava tempo de pegá-la, pois corriam o risco de perder a passagem. E ficou preocupada de como o filho iria se virar sem a camiseta. Quando estavam na estação, seu pai chegou trazendo a camiseta que havia ficado em casa. Na compreensão de Laura, embora a preocupação com a camiseta falasse do comportamento descuidado de seu filho, a surpresa era a presença de seu pai, ele nunca foi de dar atenção a Geraldo e no sonho preocupou-se em levar a camiseta do neto na estação. Depois sorrindo completou: “isso só podia mesmo acontecer em sonho”.

A camiseta do sonho apontou para um cuidado paterno com o que é pessoal e que parecia advir tanto de sua analista quanto do terapeuta de seu filho, a quem Laura vinha creditando a orientação das escolhas dele. Em alguma medida, nos dois sonhos havia a presença de um cuidado paterno. Nesse sentido, seria correto dizer que Laura estava internalizando o pai que tanto procurara para si e para seu filho.

5.1.3.5 *A separação que une*

Na última sessão de maio de 2010, Laura contou-me sobre os preparativos da mudança de seu filho para o apartamento que dividiria com um amigo da faculdade. Ela estava mais confiante: “ele vai morar a dois quarteirões de casa. Depois está se cuidando melhor, é ajuizado e sabe bem o que quer e como quer. [...] Eu modificarei pouca coisa no quarto dele [...] se quiser dormir ou voltar, a casa continuará no mesmo lugar. [...] Estou mais confiante (olhos marejados) porque a mudança não é só mais um capricho. É difícil ver o filho sair de casa, só que doi mais vê-lo perdido e sem saber o que quer da vida. [...] Ele me abraçou e agradeceu dizendo que se era alguma coisa era porque tinha a mim como mãe ao seu lado e que eu soubesse que isso ele jamais esqueceria”.

Durante a semana, a paciente separou algumas coisas da casa para seu filho levar: “Eu tirei do armário as louças de porcelana, as baixelas e as taças de cristal que eram do meu pai e

estavam guardadas na parte de cima do armário e arrumei tudo numas caixas para ele levar para o apartamento. Ele gostou muito, foi logo guardando as louças em um armário todo diferente”.

Na longa jornada que havíamos caminhado, Laura havia enriquecido afetivamente e podia compartilhar os cuidados com o filho; ele podia levar para seu apartamento algo que foi dado por ela, pela avó e pelo avô. Uma família que o acompanharia em sua nova fase da vida.

Nesse mesmo ano, seu filho rompeu o namoro com Glória. Laura não sabia exatamente o motivo. Por outro lado, surpreendeu-se de como eles continuaram amigos após o rompimento.

Alguns meses depois, o filho apresenta-lhe Clara, uma amiga que fazia estágio na empresa em que ele trabalhava. Os pais e irmãos dela moram numa cidade do interior paulista. Aos poucos, Clara pareceu conquistar Laura, que a descrevia como “uma jovem educada, simpática, quietinha, quase não falava, até pensei que nisso somos parecidas”.

Adentrando 2012, a paciente parecia mais integrada na convivência familiar bem como com as amigas do grupo da academia. O ano transcorreu com certa tranquilidade, que foi afetada por breves internações hospitalares de sua mãe em decorrência de sua fragilidade física, uma senhorinha que, então, contava com 92 anos. No segundo semestre, Geraldo e Clara decidiram ficar noivos. A festa de final de ano foi realizada na casa dos pais de Clara. Laura e a mãe pernoitaram lá e sentiram-se acolhidas e recompensadas pelo esforço da viagem. Durante a festa, seu filho anunciou a decisão do casamento para o segundo semestre do ano seguinte.

Neste panorama entramos em 2013, sétimo ano de análise. Os preparativos para o casamento preencheram suas ocupações. A nora convidou-a para ajudar desde a escolha do vestido de noiva até os detalhes da preparação da festa, que foi realizada em São Paulo. Além dos familiares, as amigas da academia compartilharam com a paciente toda série de experiências vivenciadas no noivado e casamento do filho.

Ao longo dos anos, a convivência entre essas senhoras do grupo da academia estreitou-se em eventos familiares e várias viagens foram realizadas por elas. Como diz Winnicott, a continuidade dessas experiências, ao longo do tempo, faz com que o indivíduo possa sonhar um tipo de sonho que nasce e se constitui na área das experiências culturais. Um sonho que se produz, diz o autor, no lado interno do espaço potencial, que se mostra como uma comunidade nas quais as pessoas crescem, modificam-se e evoluem. Essa comunidade traz ao indivíduo a mesma estabilidade que um clube social pode oferecer aos seus membros.

Na condução da análise, a paciente ensinou-me de várias maneiras. Se lhe era necessário conquistar a confiabilidade para retomar seu amadurecimento, enquanto analista, era-me necessário crer que a tendência no sentido do amadurecimento persiste e é esta que provê o impulso no sentido da cura (Winnicott, 1959/1965h). Em outras palavras, era-me necessário confiar na saúde de uma pessoinha que teimosamente sobrevivia ao ‘emaranhado nó na garganta, no branco das ideias e nas lágrimas que escorriam automaticamente por seu rosto’.

Por fim, no decorrer da análise, Laura ensinou-me o papel fundamental das experiências culturais no viver criativo e, não menos por isso, Winnicott afirmou a conquista da capacidade de brincar como o objetivo primordial do trabalho clínico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na literatura psicanalítica, quando o sonho está a serviço da realização do desejo, as regras para o uso analítico e a interpretação do sonho permanecem inalteradas no atendimento a pacientes neuróticos. Na clínica freudiana, os sonhos do paciente psicótico e do *borderline* encontram-se dentro do problema geral da analisabilidade. Winnicott afirma a técnica freudiana no atendimento a pacientes que pertençam ao grupo de neuróticos e ao grupo dos depressivos. Todavia, para os depressivos faz a ressalva da importância da sobrevivência do analista junto à tarefa de integração que se dá imediatamente anterior à fase edipiana.

A importante contribuição winnicottiana ao uso analítico do sonho se dá junto às psicoses e àquelas dificuldades que se originam ao seu redor, pois nestas o analista estará envolvido na elucidação de uma cisão na pessoa do paciente e a cisão, em seu maior grau, toma o lugar do inconsciente reprimido do neurótico. Nessa área, as necessidades do ego se sobrepõem à realização do desejo e os sonhos se mostram a serviço da constituição e integração da personalidade do paciente.

Winnicott pressupõe uma mudança na ambiência da situação analítica, no uso do sonho e na tarefa da construção analítica para o atendimento a esses pacientes. O uso analítico do sonho estará assentado no manejo da sustentação, suporte e provisionamento às conquistas do desenvolvimento, entre estas, a própria capacidade de sonhar. Somado a isto, os acontecimentos mais primitivos da história de vida desses pacientes não têm como ser rememorados, pois em função do fracasso da tarefa materna de ego-auxiliar do bebê tais eventos não se constituíram em experiências, que caem no esquecimento. Em geral, esses eventos permanecem cindidos e/ou dissociados da personalidade do indivíduo. A tônica da construção analítica recai sobre a comunicação e o manejo da regressão à dependência absoluta e/ou relativa aos cuidados ambientais facilitadores na revivência dos eventos que ficaram truncados e/ou fora da área da experiência. A mudança clínica exigida, como diz Naffah Netto (2005), é a de um processo analítico eminentemente experiencial, pois, em última instância, trata de fazer passar pela área da experiência, portanto, da criatividade originária, acontecimentos fundamentais ao processo de amadurecimento que dela ficaram cindidos por falhas ambientais.

Outra importante contribuição winnicottiana, vem do fato de que, diferentemente do pensamento freudo-kleiniano, Winnicott parte da ideia de que nas fases mais iniciais do desenvolvimento emocional, ainda não há um indivíduo constituído e com recursos psíquicos

para sonhar o sonho concebido como um processo simbólico representativo de conflitos instintuais, caracteristicamente edípicos e pré-edípicos, e processado pelo mecanismo mental de perlaboração, conforme a proposta freudiana.

No pensamento winnicottiano, tais recursos e conflitos serão conquistados gradativamente ao longo das fases do desenvolvimento. O ponto central no estudos do sonho relativos às fases iniciais do amadurecimento, é que o sonho, bem como todas as conquistas do amadurecimento tem suas raízes na elaboração imaginativa das funções corporais, que de início se processa de forma rudimentar e gradativamente se especializa em funções de maior complexidade. Nas fases mais iniciais, o sonho se atrela à elaboração imaginativa das funções corporais operando na realização das conquistas primárias do desenvolvimento, quais sejam, a integração, personalização, realização e constituição do *si-mesmo* primário. A função primordial da elaboração imaginativa é precisamente a dação e compreensão do sentido das coisas, do próprio corpo e do *si-mesmo*. A sua tarefa é de temporalização e de historiação, de inserção do indivíduo numa história pessoal e interpessoal e o sonho torna-se, então, um expoente da elaboração imaginativa das funções corporais (Loparic, 2005).

Na clínica das fases iniciais do desenvolvimento, o norteamento do uso analítico do sonho será ditado pelo reconhecimento das principais tarefas da elaboração imaginativa das funções corporais a serviço da integração e constituição do indivíduo, assim como das tarefas que foram interrompidas, das que estão em andamento e da preparação do terreno às tarefas de fases posteriores.

Em termos de subsídios clínicos ao uso analítico do sonho, Winnicott afirma a instauração do espaço potencial, no qual se origina o brincar. Com as experiências do brincar, o autor amplia sobremaneira o uso analítico do sonho, pois no brincar o indivíduo pode se aproximar do reservatório onírico total, incluindo o inconsciente, embora o material da experiência do brincar se diferencie do material onírico do sonho.

A condução do Caso Laura ensinou-me na prática a importância da proposta winnicottiana no atendimento do paciente *borderline*. Em primeiro, ensinou-me que a confiabilidade e a sustentação do *setting* analítico estão na base da conquista de sonhar. Nesse caso clínico pude observar, refletida em seus sonhos, a vivência da experiência e sua elaboração no enriquecimento de seu mundo interno. Indubitavelmente, ao longo do processo, mostrou-me que a experiência do brincar e da cultura ampliam significativamente o sentido e o significado

da experiência refletida nos sonhos e no uso que o sonhador faz de cada um deles no âmbito do viver.

Assim, o Caso Laura ensinou-me que, tal como Winnicott (1965k) concebe, gradativamente alcançamos um trabalho analítico que pode ser feito sobre uma camada que se encontra entre o inconsciente profundamente enterrado e a vida consciente e a memória do paciente. Em pessoas saudáveis, diz o autor, essa camada é formada por aspirações culturais, sem a qual a não há liberdade para o indivíduo, exceto na fuga para o sonho não embrado ou para a realidade. O trabalho gradativamente desenvolvido nessa área fez com que eu aprendesse que o mais importante para Laura era ter uma vida que valia a pena ser vivida.

Por outro lado, no percurso desta pesquisa ficaram-me vários questionamentos, que me motivam a dar continuidade no estudo analítico do sonho na clínica winniciottiana. Um dos quais vem da correlação que Winnicott faz entre o sonho, o brincar e a experiência cultural. Na maioria de seus textos, chama a atenção para uma diferença existente entre o material produzido na área do brincar com o material onírico do sonho, sem, contudo, esclarecê-la mais cuidadosamente. Esse é um tema que exige um estudo a parte, pois nos eixos que interligam o sonho, o brincar e a experiência cultural, de um lado, está o espaço potencial, como o lugar em que essas experiências se realizam, e, de outro lado, está a elaboração imaginativa operando subjacentemente a essas experiências.

Em função inclusive pela condução do Caso Laura, ficou-me o questionamento a respeito do termo onírico usado por Winnicott. Por exemplo, o espaço potencial, como diz Naffah Netto (2007), é criado pelo intervalo entre a ilusão de onipotência de criação do objeto e a descoberta de um mundo real, preexistente, bem como entre o controle onipotente do mundo e a descoberta da alteridade. Nessa área, com exceção do sonho profundo do inconsciente reprimido, não seria também a substância da ilusão, própria do espaço potencial, que aproximaria o material dos sonhos ao do brincar e da experiencial cultural?

No texto *Adendo à localização da experiência cultural*, Winnicott se refere a um tipo de sonho relevativo à experiência cultural que se produz “no lado onírico da vigília e, contudo, não era material onírico” (1967/1994, p. 158). Aqui, sobretudo, em se tratando de um sonho não fica claro o uso que faz do termo onírico, pois se há uma experiência que ele denomina de sonho, que se dá no lado onírico da vigília, que tipo de material é, então, produzido? Talvez a melhor aproximação venha de sua afirmação de que esse tipo de sonho se realiza no lado interno

do espaço potencial. Bem como na citação quando se refere à importância deste tipo sonho para o analista, qual seja, a de “[...] permitir-lhe evitar fazer a análise desse tipo de sonho, quando é relatado, tal como na análise infantil evita-se a análise do fantasiar e da capacidade infinita que a criança tem de escrever histórias em quadrinho” (p. 159). A isso o autor acrescenta: “[...] sabe-se que se tem de esperar por um material que provém de uma camada mais profunda, antes de utilizá-lo como sendo uma comunicação provinda do inconsciente” (p. 159).

A respeito desse tipo de sonho relativo às experiências culturais, pode-se levantar duas questões. A primeira trata desse tipo de sonho que se realiza no lado interno do espaço potencial e depende da integração do indivíduo numa comunidade cultural. A elaboração imaginativa opera em experiências do viver e não de experiências instintuais. A segunda diz respeito mais precisamente ao termo onírico, pois ao descrever como sonho, tanto esse relativo às experiências culturais bem como o regressivo e o depressivo, o material produzido é onírico em si mesmo, embora em nenhum deles provenha do reprimido.

Freud (1937/1939) já sublinha que os sonhos trazem um tipo de material que pode não ser originado nem da vida adulta de quem sonha nem de sua infância esquecida. Diz o autor, que somos obrigados a considerá-los parte da herança arcaica, que a criança traz, antes mesmo de qualquer experiência, mas em si mesma influenciada pelas experiências de seus antepassados. Isto leva o autor a entender que os sonhos constituem uma fonte da pré-história humana, que não deve ser desprezada.

Além dos sonhos e dos mitos, Winnicott acentua o papel das experiências culturais na continuidade da cultura humana, tendo-se em vista que, nas experiências mais primitivas do bebê, é a adaptação materna às necessidades dele que torna ontogeneticamente possível o desenvolvimento de suas capacidades (1971a/1975). Há ainda um aspecto fundamental que Winnicott assinala: “[...] com o termo cultura estou pensando em algo que pertence ao fundo comum da humanidade, para o qual indivíduos e grupos podem contribuir, e do qual todos nós podemos fruir, se tivermos um lugar para guardar o que encontramos” (1967b/1975, p. 138).

Se Winnicott dá às experiências culturais o mesmo papel que os sonhos e os mitos na continuidade da cultura humana, qual o sentido do termo onírico quando diz que o material produzido no sonho relativo às experiências culturais não é onírico?

Esses questionamentos motivam-me a dar continuidade ao estudo analítico dos sonhos na clínica winnicottiana, em uma pesquisa em nível de doutorado, uma vez que, na área do

espaço potencial, o termo onírico merece ser pensando em relação às experiências do brincar e da cultura.

À guisa de conclusão, posso reafirmar a todos que me ensinaram e acompanharam nesta jornada, com os dizeres de Raul Seixas, que um sonho que se sonha só é um sonho que sonha só. Um sonho que se sonha junto torna-se realidade.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, F. Sonhos em pares e séries. **International Journal Psycho-Analysis**, vol. 6, p. 446-452, 1923
- AB'SABER, T. A. M. **O sonhar restaurado**: formas do sonhar em Bion, Winnicott e Freud. São Paulo: Ed. 34, 2005.
- BION, W. R. Técnica Analítica. In: _____. **Cogitações**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- BLEICHMAR, N. M.; BLEICHMAR, C. L. **A psicanálise depois de Freud**. Trad. F. F. Settineri. P. Alegre: Artes Médicas, 1992.
- BLUM, H. P. A mudança do uso dos sonhos na prática psicanalítica – sonhos e associação livre. **International Journal Psycho-Analysis**, vol. 57, p. 315-324, 1976.
- BOFF, LEONARDO. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- BRENNEIS, C. B. Notas teóricas sobre o sonho manifesto. **International Journal Psycho-Analysis**, vol. 56, p. 197-206, 1975.
- CURTIS, H. C.; SACHS, D. M. Diálogo sobre a mudança do uso do sonho na prática psicanalítica. **International Journal Psycho-Analysis**, vol. 57, p. 343-354, 1976.
- DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 2003.
- _____. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. 2a. ed. São Paulo: DWW Editorial, 2012.
- _____. A teoria winniciotiana do amadurecimento como guia da prática clínica. **Natureza Humana: revista de filosofia e psicanálise**. SP, vol. 10, no. 1, p. 29-46, jan.-jun, 2008.
- _____. Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica. In: _____. **Sobre a confiabilidade e outros estudos**. São Paulo: DWW Editorial, 2011.
- _____. A regressão à dependência e o uso terapêutico da falha do analista. In: _____. **Sobre a confiabilidade e outros estudos**. São Paulo: DWW Editorial, 2011.
- _____. O “brinquedo divino”: a ilusão em Winnicott. In: _____. **Sobre a confiabilidade e outros estudos**. São Paulo: DWW Editorial, 2011.
- _____. As tarefas básicas. In: _____. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. 2a. ed., SP: DWW Editorial, 2012.
- _____. **Interpretação e manejo na clínica winniciotiana**. SP: DWW Editorial, 2014.
- _____. **A teoria winniciotiana como guia da prática clínica (2008)**
- DIAS, M. F. A existência psicossomática: aspectos clínicos. **Winnicott e-prints**, vol. 7, n. 1, 2012.

- ETCHEGOYEN, R. H. Do processo psicanalítico. In: _____. **Fundamentos da técnica psicanalítica**. Trad. C. G. Fernandes. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- FERRO, A. Transformações em sonho e personagens no campo psicanalítico. **International Journal Psycho-Analysis**, vol. 90, parte 2, 2009.
- FORLENZA, O. N. As principais contribuições de Winnicott à prática clínica. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 42, n. 1, 2008.
- FREUD, A. A relação de fantasia de espancamento com o devaneio. **International Journal Psycho-Analysis**, vol. 4, p. 420, 1923.
- FREUD, S. A Interpretação do sonho. In: _____. **Ed. Standart das Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. IV. (Obra originalmente publicada em 1900).
- _____. Cinco lições em psicanálise. In: _____. **Ed. Standart das Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. XI. (Obra originalmente publicada em 1910).
- _____. O manejo da interpretação de sonhos na psicanálise. In: _____. **Ed. Standart das Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. XII. (Obra originalmente publicada em 1911).
- _____. O eu e o id. In: _____. **Ed. Standart das Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. V. (Obra originalmente publicada em 1923b).
- _____. A interpretação de sonho como ilustração. In: _____. **Ed. Standart das Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. XXIII. (Obra originalmente publicada em 1924).
- _____. (1924). Construções em análise. In: _____. **Ed. Standart das Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. XXIII.
- _____. A interpretação do sonho como ilustração. In: _____. **Ed. Standart das Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. XIII. (Obra originalmente publicada em 1940).
- _____. O problema econômico do masoquismo. In: _____. **Ed. Standart das Obras Completas**. São Paulo: Cia. das Letras, 2011. Vol. XVI. (Obra originalmente publicada em 1924).
- GILL, H. S. (1982). O contexto da vida (life-context) do sonhador e o setting do sonho. **International Journal Psycho-Analysis**, vol. 63, p. 475, 1982.
- GUIZZO, D. (2011). **O caso Piggle e as depressões infantis na psicanálise winniciottiana**. 2011. Tese (Doutorado em Psicanálise Clínica) – Pontifícia Universidade Católica – PUC-SP.
- HÁRNIK, J. Resistência à interpretação de sonhos em análise. **International Journal Psycho-Analysis**, vol. 11, p. 75-78, 1930.
- HARRIS, I. D. Sonhos com o analista. **International Journal Psycho-Analysis**, vol. 43, p. 151-158, 1962.
- JONES, E. As pessoas disfarçadas como a si mesmas nos sonhos. **International Journal Psycho-Analysis**, vol. 2, p. 420, 1921.

- KHAN, M. M. R. A situação psicanalítica: o *setting* e o processo de cura. **International Journal Psycho-Analysis**, vol. 43, 1962.
- _____. Uso e abuso do sonho na experiência psíquica. **International Journal Psycho-Analysis**, vol. 57, p. 325-330, 1972.
- _____. (1972). Uso e abuso do sonho na experiência psíquica. In: Khan, M. M. R. (1974) **Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977.
- KANZER, M. A função comunicativa do sonho. **International Journal Psycho-Analysis**, vol. 36, p. 260-266, 1955
- LAPLANCHE, J. ; PONTALIS, B. **Vocabulário da psicanálise**. Trad. Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 1992. (Obra original publicada em 1987).
- LAURENTIIS, V. R. F. **Corpo e psicossomática em Winnicott**. São Paulo: DWW Editorial, 2016. (Coleção Psicanálise Winnicottiana)
- LEEDS, V. S. (1997). O espaço do sonho e a contratransferência. **International Journal Psycho-Analysis**, vol. 78, p. 295, 1997.
- LEWIN, B. D. (1948). Inferências a partir da tela do sonho. **International Journal Psycho-Analysis**, vol. 29, p. 224-231, 1948.
- _____. (1955). Psicologia do sonho e a situação analítica. **Psycoanal. Quart.**, vol. 24, 1955.
- LOPARIC, Z. A teoria winniciotiana do amadurecimento pessoal. **Revista de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência**. Ed. Especial. Simpósio da Saúde Mental Infantil. Vol. VII, Suplemento 1, dezembro de 1999.
- _____. O “animal humano”. **Natureza Humana**, vol. 2, n. 2, p. 351-397, 2000.
- _____. Elementos da teoria winniciotiana da sexualidade. **Natureza Humana**, vol. 7, n. 2, jul.-dez. 2005.
- NAFFAH NETO, A. Winnicott: uma psicanálise da experiência humana em seu devir próprio. **Natureza Humana**, vol. 7, n.2, jul.-dez.2005;
- _____. A noção de experiência no pensamento de Winnicott. **Natureza Humana**, vol. 9, n. 2, jul.- dez. 2007.
- _____. A pesquisa psicanalítica. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 39(70), jun. 2006.
- _____. A problemática do falso *self* em pacientes de tipo borderline: revisitando Winnicott. **Revista Brasileira de Psicanálise**, vol. 41, n. 4, 2007.
- _____. As funções da interpretação psicanalítica em diferentes modalidades de transferência: as contribuições de D. W. Winnicott. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 43 (78), 2010.
- _____. A função básica da mãe (e do analista) em Bion e Winnicott, com foco nos conceitos de rêverie e holding. **Revista Brasileira de Psicanálise**, vol. 45, n. 3, 2011.

_____. **Sobre a elaboração imaginativa das funções corporais:** corpo e intersubjetividade na constituição do psiquismo. (Org.) Nelson C. Junior. Pedro Salem, P. e Klautau: com textos de Alfredo Naffah Neto [et al.]. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2012.

_____. **Com os pés no chão: sobre como se pode sonhar a conquista de um corpo próprio, num processo de análise.** Palestra proferida no Colóquio Winnicottiano de Belo Horizonte, MG, 2016, texto ainda não publicado.

NOY, P. Uma revisão da teoria psicanalítica do processo primário. **Int. Journal Psycho-Analysis**, vol. 50, p. 155-178, 1969.

OGDEN, T. H. (2005). **Esta arte da psicanálise sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos.** Trad. Bueno, D. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ROLAND, A. As imagens e sua expressão simbólica nos sonhos e na arte. **International Journal Psycho-Analysis**, vol. 53, p. 531-535, 1972.

RYCROFT, C. Simbolismo e sua relação com os processos primário e secundário. **International Journal Psycho-Analysis**, vol. 37, p. 137-146, 1956.

_____. Além do princípio da realidade. **International Journal Psycho-Analysis**, n. 43, p. 338-394, 1962.

SERRALHA, C. **Uma abordagem teórica e clínica do ambiente a partir de Winnicott.** 2007. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica - PUC-SP, São Paulo, 2007.

STEWART, H. A experiência do sonho e a transferência. **International Journal Psycho-Analysis**, vol. 54, p. 345-347, 1973.

WINNICOTT, C. (1994). D.W.W.: uma reflexão. In: Winnicott, D. W. (1994) **Explorações psicanalíticas.** Trad. J. A. Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989a).

WINNICOTT, D. W. (1975). **O brincar e a realidade.** Trad. J. O. A. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1971a).

_____. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: (1975/1971a). _____. **O brincar e a realidade.** Trad. J. O. A. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1953c[1951]).

_____. A localização da experiência cultural. In: (1975/1971a). _____. **O brincar e a realidade.** Trad. J. O. A. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1967b).

_____. O brincar: uma exposição teórica. In: (1975/1971a). _____. **O brincar e a realidade.** Trad. J. O. A. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1968i).

_____. O uso de um objeto e relacionamento através da identificação. In: (1975/1971a). _____. **O brincar e a realidade.** Trad. J. O. A. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1969i[1968]).

- _____. Introdução. In: (1975/1971a). _____. **O brincar e a realidade**. Trad. J. O. A. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1971h).
- _____. Sonhar, fantasiar e viver. In: (1975/1971a). _____. **O brincar e a realidade**. Trad. J. O. A. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1971h).
- _____. A criatividade e suas origens. In: (1975/1971a). _____. **O brincar e a realidade**. Trad. J. O. A. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1971g).
- _____. O brincar: a atividade criativa e a busca do eu (*self*). In: (1975/1971a). _____. **O brincar e a realidade**. Trad. J. O. A. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1971r).
- _____. Inter-relacionar-se independentemente do impulso instintual e em função de identificações cruzadas. In: (1975/1971a). _____. **O brincar e a realidade**. Trad. J. O. A. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1971L).
- _____. O lugar em que vivemos. In: (1975/1971a). _____. **O brincar e a realidade**. Trad. J. O. A. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1971q).
- WINNICOTT, D. W. (1982) **A criança e seu mundo**. Trad. Á. Cabral. Rio de Janeiro: LTC Editora. (Trabalho original publicado em 1964A).
- _____. O bebê como organização em marcha. In: (1982/1964a). _____. **A criança e seu mundo**. Trad. Á. Cabral. Rio de Janeiro: LTC Editora. (Trabalho original publicado em 1949b).
- _____. Necessidades das crianças de menos de cinco anos. In: (1982/1964a). _____. **A criança e seu mundo**. Trad. Á. Cabral. Rio de Janeiro: LTC Editora. (Trabalho publicado originalmente em 1954b).
- _____. As raízes da agressividade. In: (1982/1964a). _____. **A criança e seu mundo**. Trad. Á. Cabral. Rio de Janeiro: LTC Editora. (Trabalho publicado originalmente em 1954b).
- WINNICOTT, D. W. (1983). **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. J. O. Outeiral. São Paulo: Artmed Editora. (Trabalho publicado originalmente 1965b).
- _____. Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica. In: (1983/1965b). _____. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. J. O. Outeiral. São Paulo: Artmed Editora. (Trabalho original publicado em 1965h[1959]).
- _____. Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “*self*”. In: (1983/1965b). _____. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. J. O. Outeiral. São Paulo: Artmed Editora. (Trabalho publicado originalmente 1965m[1960]).

_____. Teoria do Relacionamento Paterno-infantil. In: (1983/1965b). _____. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. J. O. Outeiral. São Paulo: Artmed Editora. (Trabalho original publicado em 1960c).

_____. Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação analítica. In: (1983/1965b). _____. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. J. O. Outeiral. São Paulo: Artmed Editora. (Trabalho publicado originalmente em 1963a).

_____. Os doentes mentais na prática clínica. In: (1983/1965b). _____. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. J. O. Outeiral. São Paulo: Artmed Editora. (Trabalho original publicado em 1963c).

_____. Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opositos. In: (1983/1965b). _____. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. J. O. Outeiral. São Paulo: Artmed Editora. (Trabalho publicado originalmente em 1965j).

WINNICOTT, D. W. (1984). **Consultas Terapêuticas**. (1984/1971b). Trad. J. M. X. Cunha. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1971b)

_____. Introdução. In: _____. **Consultas Terapêuticas**. (1984/1971b). Trad. J. M. X. Cunha. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1971b).

WINNICOTT, D. W. (1987). **The Piggle: relato do tratamento psicanalítico de uma menina**. Trad. E. P. Vieira e H. F. Oliveira. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1977).

WINNICOTT, D. W. (1990). **Gesto Espontâneo, D. W. Winnicott**. Trad. L. C. Borges. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho publicado originalmente em 1987b. Título original: *The spontaneous gesture*).

_____. 26 Carta para Roger Money-Kyrle. In: (1990/1987b). _____. **Gesto Espontâneo, D. W. Winnicott**. Trad. L. C. Borges. São Paulo: Martins Fontes. (Escrita originalmente em 05 de outubro de 1967).

_____. 57 Carta para Wilfred R. Bion. In: (1990/1987b). _____. **Gesto Espontâneo, D. W. Winnicott**. Trad. L. C. Borges. São Paulo: Martins Fontes. (Escrita originalmente em 07 de outubro de 1955).

_____. 81 Carta para Wilfred R. Bion. In: (1990/1987b). _____. (1990/1987b). **Gesto Espontâneo, D. W. Winnicott**. Trad. L. C. Borges. São Paulo: Martins Fontes. (Escrita originalmente em 17 de novembro de 1960).

_____. 82 Carta para Masud Khan. In: (1990/1987b). _____. **Gesto Espontâneo, D. W. Winnicott**. Trad. L. C. Borges. São Paulo: Martins Fontes. (Escrita originalmente em 26 de junho de 1961).

_____. 83 Carta para Wilfred R. Bion. In: (1990/1987b). _____. **Gesto Espontâneo, D. W. Winnicott**. Trad. L. C. Borges. São Paulo: Martins Fontes. (Escrita originalmente em 16 de novembro de 1961).

- _____. 109 Carta para Wilfred R. Bion. In: (1990/1987b). _____. **Gesto Espontâneo, D. W. Winnicott**. Trad. L. C. Borges. São Paulo: Martins Fontes. (Escrita originalmente em 05 de outubro de 1967).
- WINNICOTT, D. W. (1990). **Natureza Humana**. Trad. D. L. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho publicado originalmente em 1988. Título original: *Human Nature*).
- _____. O conceito de saúde a partir da teoria dos instintos. In: (1990/1988). _____. **Natureza Humana**. Trad. D. L. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- _____. Caos. In: (1990/1988). _____. **Natureza Humana**. Trad. D. L. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- _____. Estabelecimento da relação com a realidade externa. In: (1990/1988). _____. **Natureza Humana**. Trad. D. L. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- _____. O campo psicossomático. In: (1990/1988). _____. **Natureza Humana**. Trad. D. L. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- _____. Localização da psique no corpo. In: (1990/1988). _____. **Natureza Humana**. Trad. D. L. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- WINNICOTT, D. W. (1991). **Holding e interpretação**. Trad. S. M. T. Barros. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986a. Título original: *Holding and Interpretation*).
- _____. Retraimento e regressão. In: (1991/1986a). _____. **Holding e interpretação**. Trad. S. M. T. Barros. São Paulo: Martins Fontes. 2^a. edição. (Trabalho original publicado em 1955e[1954]).
- WINNICOTT, D. W. (1994). **Explorações psicanalíticas**. Trad. J. A. Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas; (Trabalho original publicado em 1989a. Título original: *Psychoanalytic explorations*).
- _____. W.R.D. Fairbairn: resenha (escrita com M.M.R. Khan) de *Psychoanalytic studies of the personality*. In: (1994/1989a). _____. **Explorações psicanalíticas**. Trad. J. A. Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1953i).
- _____. O destino do objeto transicional. In: (1994/1989a). _____. **Explorações psicanalíticas**. Trad. J. A. Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas. (Palestra proferida em dezembro de 1959).
- _____. Psiconeurose na infância. In: (1994/1989a). _____. **Explorações psicanalíticas**. Trad. J. A. Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989v[1961]).
- _____. O medo do colapso. In: (1994/1989a). _____. **Explorações psicanalíticas**. Trad. J. A. Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989a[1963]).
- _____. Nota adicional sobre transtorno psicossomático. In: (1994/1989a). _____. **Explorações psicanalíticas**. Trad. J. A. Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1966d[1964]).

- _____. Sobre os elementos masculinos e femininos ex-cindidos [*split off*]. In: (1994/1989a).
- _____. **Explorações psicanalíticas**. Trad. J. A. Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. (Trabalho original publicado em 1971va[1966]).
- _____. Adendo a localização da experiência cultural. In: (1994/1989a). _____. **Explorações psicanalíticas**. Trad. J. A. Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1967b).
- _____. Pós-Escrito: D.W.W. sobre D.W.W. In: (1994/1989a). _____. **Explorações psicanalíticas**. Trad. J. A. Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas. (Palestra proferida em janeiro de 1967).
- _____. O brincar e a cultura. In: (1994/1989a). _____. **Explorações psicanalíticas**. Trad. J. A. Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado 1989vh[1968]).
- _____. O jogo do rabisco. In: (1994/1989a). _____. **Explorações psicanalíticas**. Trad. J. A. Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. (Trabalho original publicado em 1968k).
- _____. O uso de um objeto no contexto de Moisés e o Monoteísmo. In: (1994/1989a). _____. **Explorações psicanalíticas**. Trad. J. A. Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. (Trabalho original publicado em 1969i[1968]).
- WINNICOTT, D. W. (1997). **A família e o desenvolvimento emocional**. Trad. M. B. Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2^a Edição. (Trabalho original publicado em 1965a. Título original: *The family and individual development*).
- _____. Sobre a criança carente e de como ela pode ser compensada pela perda da vida familiar. In: (1997/1965a). _____. **A família e o desenvolvimento emocional**. Trad. M. B. Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2^a Edição. (Trabalho original publicado em 1965k[1950]).
- _____. A contribuição da psicanálise à obstetrícia. In: (1997/1965a). _____. **A família e o desenvolvimento emocional**. Trad. M. B. Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2^a Edição. (Trabalho original publicado em 1957f).
- _____. O primeiro ano de vida: concepções modernas do desenvolvimento emocional. In: (1997/1965a). _____. **A família e o desenvolvimento emocional**. Trad. M. B. Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2^a Edição. (Trabalho original publicado em 1958j).
- WINNICOTT, D. W. (1999). **Conversando com os pais**. Edição organizada por Clare Winnicott. Trad. Á. Cabral. Martins Fontes, 2^a. Edição. (Trabalho original publicado em 1993a. Título original: *Talking to parents*).
- _____. O que sabemos a respeito de bebês que chupam pano? In: (1999/1993a). _____. **Conversando com os pais**. Edição organizada por Clare Winnicott. Trad. Á. Cabral. Martins Fontes, 2^a. Edição. (Trabalho original publicado em 1993h[1956]).
- WINNICOTT, D. W. (1999). **Os bebês e suas mães**. Trad. J. L. Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2^a. ed. (Trabalho original publicado em 1987a. Título original: *Babies and their mothers*).

_____. A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe o bebê: convergências e divergências. In: (1999/1987a). _____. **Os bebês e suas mães**. Trad. J. L. Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2^a. ed. (Trabalho original publicado em 1986d).

_____. O ambiente saudável na infância. In: (1999/1987a) _____. **Os bebês e suas mães**. Trad. J. L. Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2^a. ed. (Trabalho original publicado em 1968f[1967]).

_____. O recém-nascido e sua mãe. In: (1999/1987a) _____. **Os bebês e suas mães**. Trad. J. L. Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2^a. ed. (Trabalho original publicado em 1964c).

WINNICOTT, D. W. (1999). **Privação e delinquência**. Trad. A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984a. Título original: *Deprivation and delinquency*).

_____. Raízes da agressão. In: (1999/1984a). _____. **Privação e delinquência**. Trad. A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964d).

_____. A criança desapossada e como pode ser compensada pela falta de vida familiar. In: (1999/1984a). _____. **Privação e Delinquência**. Trad. A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 3^a. ed. (Trabalho original publicado em 1984a[1950]).

WINNICOTT, D. W. (1999). **Tudo começa em casa**. Trad. P. Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 3^a ed. (Trabalho original publicado em 1986b. Título original: *Home is where start from*).

_____. A imaturidade do adolescente. In: (1999/1986b). _____. **Tudo começa em casa**. Trad. P. Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 3^a ed. (Trabalho original publicado em 1969c[1968]).

_____. O conceito de indivíduo saudável. In: (1999/1986b). _____. **Tudo começa em casa**. Trad. Sandler, P. São Paulo: Martins Fontes. 3^a. ed. (Trabalho original publicado em 1971f [1967]).

_____. Vivendo de modo criativo. In: (1999/1986b). _____. **Tudo começa em casa**. Trad. P. Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 3^a. ed. (Trabalho originalmente publicado em 1986h[1970]).

_____. A cura. In: (1999/1986b). _____. **Tudo começa em casa**. Trad. P. Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 3^a. ed. (Trabalho originalmente publicado em 1986f[1970]).

WINNICOTT, D. W. (2000). **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. D. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1958a. Título original: *Through paediatrics to psycho analysis*).

_____. A defesa maníaca. In: (2000/1958a). _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. D. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1958k[1935d]).

_____. A observação de bebês numa situação padronizada. In: (2000/1958a). _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. D. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1941b).

_____. Desenvolvimento emocional primitivo. In: (2000/1958a). _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. D. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1945d).

_____. O ódio na contratransferência. In: (2000/1958a). _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. D. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1949f [1947]. IJPA, vol. XXX, 1949).

_____. Tolerância ao sintoma em pediatria. In: (2000/1958a). _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. D. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1953b).

_____. A mente e sua relação com o psicossoma. In: (2000/1958a). _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. D. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1954a[1949]).

_____. A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In: (2000/1958a). _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. D. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original 1955c[1954]).

_____. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In: (2000/1958a). _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. D. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original 1955d[1954]).

_____. Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In: (2000/1958a). _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. D. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1958f[1949]).