

Construção, interpretação e holding: reflexões a partir de um acontecer clínico

*Construction, interpretation and holding:
notes upon a clinical happening*

Renan de Lima Brezolin*
Nadja Nara Barbosa Pinheiro**

Resumo: Partindo de um acontecer na clínica, o presente trabalho propõe uma reflexão sobre o manejo de tal situação. Inicia pelas considerações freudianas sobre a interpretação como instrumento específico para lidar com o material psíquico recalçado e a resistência que se opõe à sua emergência. Segue indicando a necessidade freudiana de forjar novo instrumento clínico (as construções em análise) a partir da percepção de elementos psíquicos não referentes ao recalçado. As considerações de Winnicott sobre os estágios mais arcaicos de desenvolvimento emocional são tomadas como fundamento para a possibilidade de inserção do *holding* como instrumento clínico, situando as questões sobre a resistência e o manejo em uma nova complexidade.

Palavras-chave: construção, interpretação, *holding*, resistência, clínica psicanalítica.

Abstract: *From a moment at the clinic, this paper proposes a reflection on the handling of this situation. It starts by some remarks made by Freud about interpretation, as a specific instrument to deal with psychic repressed material, and the resistance that is opposed to its emergence. It follows indicating Freud's needing to forge a new clinical tool (construction) from the perception of psychic elements which are not related to the repressed material. Winnicott's considerations on the most archaic stages of emotional development are taken as a basis to the possibility to take holding as a clinical tool, movement that places the questions on resistance, and it's handling, on a new complexity.*

Keywords: *construction, interpretation, holding, resistance, clinical psychoanalysis.*

* Psicólogo, Mestrando em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná, Membro do Laboratório de Psicanálise (UFPR).

** Doutora em Psicologia Clínica, Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Paraná, Pesquisadora do Laboratório de Psicanálise (UFPR).

Introdução

Uma proposição que originalmente asseverei apenas quanto à histeria se aplicaria também aos delírios, a saber, que aqueles que lhes são sujeitos estão sofrendo de suas próprias reminiscências. Nunca pretendi, através dessa breve fórmula, discutir a complexidade da causação da doença ou excluir o funcionamento de muitos outros fatores. (FREUD, 1937/1974, p. 303/304.)

Com estas palavras Freud se prepara para encerrar um de seus últimos escritos, *Construções em análise*, de 1937, no qual retoma questões importantes sobre as bases do trabalho analítico e, conseqüentemente, mantém vivo o questionamento sobre a constituição do funcionamento psíquico e sua importância para pensarmos os desdobramentos clínicos. Vemos aqui como ao final da obra Freud se remete a uma de suas primeiras constatações clínicas: de que na histeria, mas não só, os sujeitos sofrem de suas próprias reminiscências, das quais, de forma singular, Freud se dedicou a compreender seus mecanismos. Entretanto, devemos reconhecer a diferença que há nesse retorno com as questões nas quais Freud está envolvido neste texto. Se nesse período Freud irá retomá-las, reafirmando a sua centralidade na vida psíquica, é também para abrir novas problematizações, mais especificamente sobre o alcance e as origens remotas dessas reminiscências, que certamente atuam na vida psíquica, mas que escapam ao trabalho de recordação. Nas palavras de Freud, tratando-se de reminiscências é importante considerar aquilo que se põe como inacessível ao indivíduo, algo de uma *verdade histórica*, de um passado *esquecido e primevo* que, com reconhecida complexidade, deve ser incluído ao trabalho clínico.

Não menos importante é ser justamente um dos últimos textos, inserido em uma retomada de Freud numa tentativa de dar uma elaboração final a sua teoria antes de sua morte, assim como para reconhecer e apontar limites e os pontos aparentemente intransponíveis que se colocaram à psicanálise.

Dessa forma, retomar a problemática do originário, das origens imemoriais, é, ao mesmo tempo, apontar para os confins das possibilidades de registro e, conseqüentemente, repensar o lugar da palavra como motor da análise. Dificuldade esta que para o presente trabalho foi sentida no fazer clínico, nos exigindo esta parada pensar sobre nossa prática e, a partir disso, outras possibilidades da clínica. Acreditamos que temos com isso um campo fértil, ainda que nebuloso, para a reflexão teórica que nos propomos fazer neste trabalho.

Baseando nossa leitura a partir de Freud e Winnicott, buscamos aqui, ao invés de estabelecer pontos fixos, percebê-los a partir de suas continuidades e contiguidades. Pontos em que reminiscências, recordação, repetição, construções e criação se imbricam em uma trama complexa.

Da clínica, uma questão...

As elaborações que trazemos nasceram frutos do espaço possibilitado pelo estágio clínico e supervisões da graduação do curso de psicologia. Nesses momentos, dá-se a possibilidade de os alunos darem início a atendimentos e trazê-los para a discussão dos casos em um grupo sob orientação de um professor/supervisor, movendo os esforços para que seja sempre sustentada a possibilidade de que algo da psicanálise ali possa circular.

No interior de uma dessas supervisões semanais a seguinte situação foi vivenciada por um dos estagiários: a paciente chegara, recostara-se na poltrona, pouco falou e... adormecera. O aluno, confuso com a situação que não era comum nesse atendimento, não soubera o que fazer e, então, nada fizera. Ficou esperando, quieto, aguardando, até que a paciente acordou e, sem comentar sobre o adormecer, começou a falar. Trazendo esta dificuldade para a supervisão, logo surgiu a hipótese de que o dormir da paciente podia ser interpretado como uma tremenda resistência ao processo analítico, diante de todas as dificuldades que já vinham se impondo. Sendo assim, algumas alternativas de manejo no sentido de contorná-la deveriam ter sido efetuadas pelo estagiário. Mas ele nada fez, a não ser, quieta e calmamente, aguardar. Surpreendentemente, o desdobramento dessa sessão e das sessões seguintes nos demonstrou que, de uma forma inesperada, esse aguardar produziu efeitos interessantes e a paciente trouxe às sessões seguintes uma gama de material bastante importante, que até então não havia surgido. Pudemos pensar, retrospectivamente, por esses desdobramentos, que se o dormir poderia ser entendido como sendo uma resistência, o aguardar a fez superar. Uma nova questão, então, se impôs: se houve aí um manejo que permitiu a superação de uma resistência, que tipos de resistência e de manejo são esses?

Nosso objetivo, no presente trabalho, será o de levantar algumas reflexões sobre essas questões sem nenhuma pretensão de esgotá-las com definições estanques, mas que com o auxílio da teoria possamos de algum modo dar um contorno a essas dificuldades. Com isso, queremos dizer que nossa preocupação não se move no sentido de decidir qual teoria está mais correta, para então fazermos nossa escolha. Certamente, estudos comparativos são necessários e importantes, mas isso não necessariamente deve implicar uma lógica de exclu-

são. Assim, é antes a potência de cada teoria e o uso, no sentido winnicottiano, que fazemos delas, o que nos parece mais importante.

Desse modo, tomando como ponto de partida o caso dessa paciente, nos propomos a discutir como podemos pensar alguns aspectos clínicos focados sobre manejo e resistência a partir das compreensões dadas por Freud e Winnicott. Iniciamos, então, por meio de uma apresentação sucinta do caso atendido para depois passarmos a algumas considerações teóricas que nos foram possíveis alicerçar.

O caso de Ana

Ana chegara à clínica-escola já havia mais de um ano, e esse era o terceiro aluno/estagiário que a atendia. Trazia em seu discurso o relato de um passado difícil, tanto em relação à sua vida infantil quanto ao período em que estivera casada.

Filha mais velha de uma família grande, criados com muito rigor e rigidez, sentia-se prejudicada em relação às condições nas quais fora criada. A mãe, nas raras oportunidades que aparecia em seu discurso, era lembrada pela submissão aos mandos e desmandos do pai. Ainda muito cedo, foi a filha encarregada de cuidar e criar os irmãos mais novos. Em contra-partida, em relação a si própria só lembra da rigidez e do autoritarismo do pai, e uma mãe apagada. Devido a essas circunstâncias, queixa-se de ter tido poucas oportunidades de “crescer na vida”. No transcurso de seu atendimento pudemos perceber que o tema “cuidar”, de si e dos outros, se torna algo importante em sua trama.

Adolescente, consegue ir morar longe da família, momento em que pôde desfrutar de sua independência e da possibilidade de construir sua própria vida de forma independente. Porém, pouco tempo depois, conhece seu futuro marido, com o qual logo se casa. Embora já soubesse de seu envolvimento com abuso de substâncias, casa-se na esperança de que isso pudesse ser contornado. Fato que não se realiza e daí em diante toda sua vida é marcada pelos conflitos do casamento. Um relacionamento difícil, pautado por violência e submissão, em que se sentia responsável e obrigada a cuidar do marido até sua morte.

Logo após se casar a paciente engravida e tem uma filha, cuja saúde requer imensos e intensos cuidados médicos durante longos anos, concomitantemente aos cuidados demandados pelo marido, devido ao agravamento de seu vício.

Ana chega aos atendimentos com a vida estável, a filha adulta e uma condição social bem estabelecida, podendo dedicar-se às coisas que gosta de fazer. Porém, sente-se entristecida, ansiosa e muito reclusa. Agora que não tem mais de quem cuidar, percebe-se perdida. Preenche os dias com seu trabalho, cui-

dando da casa com afazeres domésticos para ocupar-se e não ter que pensar no vazio de sua vida. Poder fazer o que deseja, sem estar sob o jugo de ninguém, a angustia.

Com o tempo as sessões com Ana vão estabelecendo um padrão. Dificuldades, impossibilidades, paralisações se tornam presentes, tornando a escuta monótona e cansativa. Qualquer tentativa de quebra nesse discurso, acelerado e repetitivo, produz pouco ou quase nenhum efeito. Em razão de sua queixa de que está sempre “correndo com as coisas”, que fala demais e depressa demais, resolve que em algumas sessões ficará calada, treinando para assim agir na vida. Junto a isso, inicia as sessões discursando sobre o sono que lhe irrompe quando está ali, impondo-lhe uma dificuldade a mais para falar. O silêncio que preenche vários desses momentos é anunciado como a oposição ao falar, silêncio como recusa de algo ou, como ela mesma descreve, um teste. Silêncio e sono agitados, um vazio que é ocupado com a marca do nervosismo, muitas vezes de ambos os lados. Silêncio com um tempo determinado, até o voltar a falar novamente agitado irromper. Indícios da resistência?

Contudo, atipicamente, Ana chega a uma sessão em um estado diferente da agitação que sempre se estabelecia. Falando muito pouco, se diz cansada das coisas de sua vida. Aprofundando isso, ao mesmo tempo em que faz perguntas se o que acontece com ela é normal ou não, conclui que toda sua vida se resume a “deveres e obrigações” com a casa, com os outros, etc., e que disso vinha todo o seu cansaço. Surpreendentemente, aos poucos para de falar e relaxadamente dorme. Novamente o silêncio. Contudo, agora seu sono parecia algo realmente genuíno. Parecia que ali, naquele momento, estava podendo desfrutar de um estado de relaxamento impossível de ser desfrutado em outros setores de sua vida, em que o mundo de deveres e obrigações exige resposta. Silêncio que parecia não mais se referir a um teste ou a uma recusa, mas a algo que ali estava podendo experimentar, e a própria presença do analista parecia assumir um outro significado.

Talvez o fato de não ter sido exigida a falar, a acordar, a dar respostas e ter tido seu sono respeitado, sem a preocupação de ser normal ou não, tenha produzido uma mudança, ainda que pequena, na relação transferencial. Pois após acordar e retomar seu discurso pudemos observar que a paciente se engaja em novas reflexões sobre si mesma, seus desejos e suas escolhas, mudanças que pudemos perceber nas sessões seguintes. Percebe-se, aqui, uma abertura para indagações ainda pouco exploradas e bastante dificultadas pelas resistências impostas ao longo dos atendimentos. Momento do tratamento que se tornou interessante por ter nos permitido perceber a importância do não interpretar

nada *a priori* e poder aguardar para que os sentidos se estabeleçam no próprio fazer da clínica, no passo possível para cada paciente, singularmente. No entanto, tal compreensão só ocorreu com os desdobramentos do atendimento, pois, durante a sessão, diante do dormir e do silêncio aí imposto só havia incertezas sobre o que realmente estaria acontecendo. Nada, naquele momento, poderia ser tomado como garantia sobre a escolha em aguardar ou acordar a paciente. Não havia garantias sobre qual seria a melhor escolha a fazer. Não havia critérios objetivos, a não ser a sensação de que naquele momento o sono e o silêncio deixavam de ser desconfortáveis e que podiam então ser acolhidos como um gesto genuíno da paciente. Esse foi o único guia.

Freud e o para além da linguagem

Como entender a situação descrita, no âmbito da clínica e da teoria? O que tal movimento tem a ver com a resistência e com sua superação? A qual material psíquico se refere o adormecer da paciente e a que tipo de manejo se refere o aguardar do estagiário? A via que tomamos para melhor compreender tais questões foi a de iniciar nossas reflexões situando-as sobre os aspectos da resistência, na obra freudiana, e os modos sugeridos pelo autor para sua superação.

Na verdade, a percepção da resistência foi um dos movimentos inaugurais da psicanálise na medida em que sua percepção, por Freud, apontou para as noções de conflito e de defesa no campo psíquico. Freud, interessado em constituir a etiologia e o tratamento para as neuroses, postula, de início, que estas se referem a vivências e experiências infantis carregadas de desejo, que por serem proibidos e incompatíveis com a moralidade são legadas ao esquecimento. Porém, tais experiências “esquecidas” não são destruídas. E no ICS continuam a produzir seus efeitos, uma vez que o conflito não tenha sido solucionado, mas recalçado. Sobre essas observações a visão dinâmica do aparelho psíquico ganha o seu terreno. Temos aqui o conflito entre forças que investem representações com afetos contraditórios que geram as defesas, e, na clínica, se apresentam como resistências aos esforços do analista em alcançar o material recalçado. A tarefa do analista seria então, nessa proposição, permitir que o paciente recordasse as experiências infantis esquecidas e, de posse desse material, solucionasse o conflito aí subjacente por meios mais maduros do que aqueles que dispunha à época do recalçamento. (Freud e Breuer, 1893-1895/1974.)

Porém, Freud logo percebe que sua proposta à recordação enfrentará obstáculos difíceis de serem transpostos, principalmente pelo fato de serem de natureza ICS. Superar ou contornar as resistências que se opõem à recordação

do material recalcado torna-se central para o analista. É a resistência o índice que norteia e torna possível o trabalho analítico através do reconhecimento dos conflitos sobre o campo dinâmico e econômico das representações e seus afetos (des)vinculados.

Nesse contexto, a interpretação ganha aqui seu valor principal por ser o instrumento princeps para o desvelamento da organização do desejo ICS. Justifica-se assim a afirmação de Freud de que “a teoria da repressão é a pedra angular sobre a qual repousa toda a estrutura da psicanálise”. (FREUD, 1914a/1974, p. 26.)

Temos aqui, então, alguns elementos que gostaríamos de destacar: o campo da palavra como veículo, tanto da interpretação do analista quanto do discurso do paciente ao descrever as recordações infantis recalçadas. Ou seja, tanto o que sustenta o conflito (experiências infantis), a defesa efetuada (o recalque) quanto sua elucidação (a interpretação) dizem respeito a um modo de organização psíquica que depende do registro linguístico: sentidos, interpretações, simbolizações e novas elaborações.

Porém, como a clínica é soberana no pensamento freudiano, ela indica que tal proposta é fadada ao insucesso, pois nem tudo se abre à simbolização. Há algo que se repete, na clínica, e que não cede às palavras.

Em *Recordar, Repetir e Elaborar* (Freud, 1914b/1974) acompanhamos uma sequência do pensamento de Freud a esse respeito. Ele se interroga: mas o que é mesmo que se recorda em análise? Acontecimentos que foram vivenciados e esquecidos? Acontecimentos que foram vivenciados e nunca esquecidos, uma vez que nunca foram CS? (Seria o ICS o primeiro registro?) Ou experiências que nunca foram registradas no ICS ou na CS? Mas que foram vividas! E não compreendidas, porque diziam respeito a um momento em que a criança não dispunha de recursos psíquicos para tal? Sobre a primeira e a segunda o paciente pode se recordar e falar sobre elas e ainda acrescentar que “em verdade, sempre o soube, apenas nunca *havia pensado nisso*”. (FREUD, 1914b/1974, p. 194.) Sobre a terceira, nos diz Freud, elas surgem na análise e o paciente não as reconhece como suas.

Acreditamos que Freud toca nesse momento em algo bastante importante para nossa questão. Ele alude à possibilidade de um material psíquico que se organiza de modo diferente do material ICS. Mas, que modo seria esse? Embora não encontremos em seu texto informações precisas a esse respeito, acreditamos que o autor nos forneça inúmeros indícios, entre os quais privilegiamos aqueles que se encontram na apresentação do caso clínico do Homem dos Lobos (FREUD, 1918 [1914]/1976). Neste podemos perceber, entre outras coisas,

que o autor propõe um intenso questionamento acerca daquilo que ele denominou *cena primária*.

Como sabemos, diante do famoso sonho dos cinco lobos dispostos em uma árvore Freud e seu paciente são convocados ao trabalho. Fragmentos de vivências, lembranças nebulosas, histórias ouvidas, contadas e repetidas... tudo muito confuso e pouco preciso. Da interpretação do referido sonho ambos são remetidos a um momento da vida do paciente no qual não há como recordar ou falar, pois se refere a um tempo bastante primitivo da constituição subjetiva. Diante desse impasse vemos que Freud não recua, pois para que os acontecimentos posteriores fizessem sentido era necessário que esse momento da ordem do não dizível fosse passível de ser vivenciado e de deixar marcas que produzissem efeitos na organização psíquica a advir. No plano clínico, Freud toma uma decisão: diante do não dizível, ele constrói uma cena. Cena repleta de personagens, ações, afetos, proposições. Cena impossível de ser recordada pelo paciente, mas que, no entanto, cria um ponto para que novas narrativas discursivas possam ser constituídas.

Destacamos esse percurso freudiano, pois nos parece que aqui o autor aponta para o fato de que nem tudo no plano psíquico se insere no registro da linguagem, ou seja, há elementos psíquicos que dizem respeito a uma outra ordem que não a do ICS e que necessitam ser manejados por um outro instrumento clínico que não a interpretação. Freud, nos parece, apresenta as *Construções* como esse outro instrumento para lidar com esses elementos que dizem respeito às vivências e experiências arcaicas.

No entanto, embora possamos argumentar que se em Freud encontramos ainda um privilégio à palavra e à linguagem na medida em que a Construção se faz sob sua égide, acreditamos que seja extremamente interessante o campo de tematização que ele abre ao postular a existência de um material psíquico que, para além do ICS, se organiza a partir de uma outra ordem que se sustenta sobre os pilares de vivências que não foram significadas, ou seja, que se referem ao passado primevo.

Winnicott e a teoria do amadurecimento

Para pensarmos sobre essa forma de organização, isto é, sobre que tipo de material seria esse e como lidar com ele clinicamente, recorremos a Winnicott, pois acreditamos que em suas considerações teóricas encontramos algumas indicações consistentes. Para entendermos a relação desse material relativo às experiências arcaicas e seu manejo na clínica, a partir da lógica winnicottiana, temos que relacioná-los com a sua teoria do amadurecimento emocional.

Winnicott parte do princípio de que existe no bebê humano um potencial ao amadurecimento que, ao encontrar no ambiente provisões para tal, pode se realizar. Esse potencial “é herdado, e é legítimo estudar este potencial herdado do indivíduo como um tema separado, desde que seja sempre aceito que este potencial herdado de um lactante não pode se tornar um lactante a menos que ligado ao cuidado materno”. (WINNICOTT, 1960/1983, p. 43.) Dessa forma, estudar e entender os processos de constituição subjetiva requer que o estudemos inserido no campo de interseção bebê/ambiente em um movimento que se inicia do indiferenciado rumo a diferenciações contínuas.

No estado inicial da vida, no qual a dependência ao ambiente é absoluta, segundo Winnicott, há, por um lado, um bebê premido pelas exigências da vida e, por outro, um ambiente desejoso por satisfazê-las. Desse encontro, experiências de satisfações podem ser alcançadas fundando e marcando um solo de experimentações e vivências que, ao serem integradas, forjam a constituição da psique em suas relações mais estreitas com o soma. A conquista de uma existência psicossomática como fruto desses movimentos se constitui como fundamental para as conquistas emocionais futuras. Isso porque ao lado desse movimento que funda a unidade psicossomática, o acúmulo de memórias e o desenvolvimento das expectativas futuras possibilitam o alcance de um sentimento de eu. Logo, Winnicott ressalta como ponto de partida a importância dos cuidados maternos em oferecer um ambiente que possibilite a integração psicossomática para que o bebê possa lidar progressivamente com as falhas ambientais que a mãe suficientemente boa vai, aos poucos, inserindo.

Nesse contexto, o autor destaca como funções maternas o *handling* (cuidados com o corpo), a apresentação de objetos (cuja recorrência permite que o bebê possa efetivar a criação dos objetos subjetivos) e o *holding* (segurar o bebê com segurança, fundando o campo da ilusão e da confiança necessárias à existência psicossomática). (WINNICOTT, 1958/2005.)

Para nossos propósitos destacamos o *holding*, pois Winnicott marca que seu exercício se funda, principalmente, na possibilidade de a mãe se identificar ao seu bebê. Esse estado afetivo especial lhe permite perceber quais são as necessidades de seu bebê e como as deve satisfazer, qual seu tempo, seu ritmo, sua intensidade, suas modulações. Essa adaptação ativa às necessidades de seu bebê permite que os cuidados maternos se processem de uma forma segura, que sustenta a existência de seu bebê. Por parte do bebê isto é sentido pelos cuidados físicos, como o de ser sustentado com segurança e ter suas necessidades apaziguadas, que vão lhe garantindo a confiança necessária para o sentimento de existir através da confiança no ambiente. *Holding* físico que garantirá

também um *holding* psicológico, os quais, durante toda a vida, serão sempre re-atualizados, e re-apresentados na relação do sujeito com o mundo. Convém, ainda, que esses pontos se imbriquem na medida em que para o autor não há, no início, distinção entre o físico e o psíquico, ou seja, no início o psicológico é físico. Estamos aqui tratando, pois, de algo que se relaciona com a possibilidade do SER, inicialmente somático e gradualmente psíquico, que é assegurada pelo *holding* materno. O *holding* funciona, então, como essa sustentação à continuidade-do-ser, como um suporte à unidade psique-soma, como uma proteção à possibilidade de não existência, ultrapassando as características apenas físicas do sustentar para o *holding* psicológico, que poderá ser revivido no *setting* analítico, nas situações de regressão à dependência.

Ressaltamos aqui que, ao exercer o *holding* como função, a mãe/ambiente, nesses momentos, permite que o bebê se integre, e se entregue, ao indiferenciado sem se surpreender, se assustar ou ser invadido pelo ambiente. Momento indiferenciado em que o bebê não necessita solucionar as exigências entre interno e externo. A invasão e/ou a privação determinariam uma quebra na continuidade-do-ser, e o passo seguinte seria uma re-ação e não uma ação espontânea por parte do bebê. Por breves momentos mãe/ambiente/bebê se fundem, se integram, se indiferenciam para que o viver seja assegurado e sustentado. Necessidades satisfeitas e apaziguadas, tensões amainadas, o bebê vive singularmente, pois as necessidades são suas marcas particulares que guiam o cuidado materno, diferenciando-o. Respeita-se, portanto, o tempo, o lugar, a intensidade. Cria-se um ritmo, concede-se uma temporalidade e uma espacialidade para que o processo *natural* de amadurecimento afetivo se realize. Com segurança e confiança. Pontos de inícios, soma de começos, que se re-atualizam ao longo de toda existência.

O fazer clínico...

Voltemos, então, à situação de análise que nos enveredou em todas essas questões. Na perspectiva winnicottiana, uma análise só deve acontecer caso tenha havido uma interrupção no processo de amadurecimento afetivo. Uma vez que para Winnicott há, em todo ser humano, uma tendência à integração, ao crescimento, ao amadurecimento, este só não se efetivará caso não encontre, no ambiente, condições favoráveis para tal. Em decorrência, cabe ao analista, em transferência, se adaptar ativamente às necessidades de seu paciente e viver, com ele, algo de original que permita a retomada do processo de amadurecimento afetivo que se apresenta paralisado. É através do *setting* analítico que pelo seu ritmo, seu espaço a presença do analista pode prover um ambien-

te adequado, que um novo *holding* pode ser experienciado e vivido pelo paciente através do manejo por parte do analista. Nessa relação é a possibilidade de experienciar algo que nunca fora vivido de forma criativa, e por isso mesmo sem registro, que está em jogo. Obviamente, existem as marcas das interrupções, das invasões, das privações, o registro desses negativos que, até certa medida, podem se mostrar via resistência e representação. Mas poder chegar a eles é apenas um dos passos, não necessariamente indispensável, para uma nova produção pautada na criatividade.

Tal empreitada requer, sobretudo, tempo, paciência e cuidado. Pois estaremos lidando, no nosso trabalho diário, não apenas com os conteúdos relativos às experiências recalçadas que podem ser lembradas e elaboradas, mas também com os conteúdos arcaicos relativos à existência psique-soma que não podem ser lembrados, uma vez que nunca foram, efetivamente, integrados. Exatamente por isso algumas situações apresentadas pelo paciente no decorrer de uma sessão não podem ser entendidas, exclusivamente, como resistências do Eu à emergência do material recalçado, o que faz do interpretar, nessas situações, não só sem sentido como inadequado. E, na medida em que esses elementos remetem a um passado remoto que se apresenta no tempo presente de uma sessão, devem, portanto, ser acolhidos ovemente, pontos de inícios. (*hold*) pelo analista para que desse acolhimento uma integração possa advir. N

Estamos lidando aqui com aspectos que estão além da interpretação, estados vividos, experienciados, regressões que não trazem o passado ao presente, mas vive-se o passado. No *setting* analítico, que pode proporcionar *holding*, estes devem ser pensados então em termos de manejo, que envolve todos os aspectos sensíveis à relação analista/analizando. Isso inclui desde as adaptações ativas, a empatia e a identificação, necessárias conforme o grau de regressão alcançado, até as falhas de adaptação, as quais são inevitáveis.

Propomos aqui entender o adormecer de nossa paciente no interior dessa formulação. Compreendemos o adormecer como o momento no qual o bebê, livre de suas tensões, satisfeito em suas necessidades, se entrega ao colo materno, confia, relaxa e dorme. Ponto de interseção entre funções somáticas e psíquicas.

Diferente de um puro retraimento, entendido como uma necessidade de afastamento do paciente em relação ao ambiente, que visa à proteção do *self* à custa da perda da relação com o mundo externo, acreditamos que neste caso o sono, pelos seus desdobramentos, possibilitou uma vivência genuína e criativa.

Winnicott propõe o retraimento como um afastamento defensivo da realidade externa que tem o papel de proteção, mas que em si não possui efeitos terapêuticos. Por outro lado, serve na análise como pedido de ajuda, indícios de necessidades, de modo que através do *holding* o analista pode manejá-lo na direção de uma vivência genuína, através da regressão.

Assim, se pensamos que nos termos freudianos houve uma superação de resistência, nos parece que isso não contradiz a proposta winnicottiana, pois entendemos aqui que superar resistências significa também poder livrar-se de mecanismos defensivos utilizados, mas que podem não ser mais necessários no momento atual. Para isso é preciso sentir-se seguro, confiar na continuidade de existência, para se entregar a vivências em que se percebe que tais mecanismos defensivos perdem seu sentido e a importância de ser, abrindo as portas às novas modulações de existência. Do mesmo modo que a mãe sustenta (*hold*) seu bebê e que permite que essa vivência ocorra.

Nesse contexto, nada é dito, tudo é vivido. Exatamente por isso não há como ensinar tecnicamente alguém a ser mãe. Da mesma forma que não há como se ensinar tecnicamente alguém a ser analista. Não há como se certificar do que exatamente o paciente necessita, pois isso não é da ordem de um saber reflexivo. Abrir espaço para que isso se dê, em uma análise, é difícil na medida em que exige uma abertura para o inesperado, o não controlável, o inusitado, ou seja, para aquilo para o qual não temos defesas organizadas. Supomos que no momento em que nossa paciente adormece e o estagiário apenas aguarda, durante esse tempo de espera analista e ambiente se indiferenciam, perdem seus contornos e sustentam um acontecer referente à existência psicossomática de sua paciente. Um acontecer que se dá no interior de um campo transferencial, pois é necessário que se confie para se entregar ao sono na presença de alguém. Se o estagiário agiu sem saber, que bom. Pois não se trata aqui de algo que se saiba, mas de algo que se vivencia.

Considerações finais

Gostaríamos de finalizar salientando duas observações. É claro para nós que entender os movimentos da clínica exige que estes sejam pautados por uma teoria. Assim, entender o adormecer de nossa paciente como sendo referente à trama psicossomática só se torna possível no contexto das reflexões e proposições winnicottianas sobre o desenvolvimento emocional, no qual a função materna de sustentar (*hold*) seu bebê é fundamental para a realização desse desenvolvimento. O *holding*, nessa perspectiva, ao ser inserido na clínica se torna referente a uma função exercida visando lidar com elementos psíqui-

cos relativos a um momento arcaico do processo de amadurecimento emocional. Referentes, portanto, ao não dizível, ao não compreensível, ao que está para acontecer.

Em segundo lugar, gostaríamos também de deixar como reflexão que nesse contexto nos parece que não estamos totalmente longe do campo da resistência e das reflexões freudianas. Não nos parece que relacionar o adormecer ao não dizível resume toda sua extensão. Mas, de alguma forma, a resistência aí se apresenta utilizando-se desse acontecimento para barrar a emergência do recalado ou denunciar mecanismos defensivos. E isso nos parece plausível, pois os rumos tomados pela paciente após o adormecimento se desdobraram às lembranças, reflexões, aos comentários sobre sua infância, sua sexualidade, suas escolhas, até culminarem em uma interrogação: mas, por que eu estou falando sobre tudo isso? Movimentos típicos de abertura ao ICS quando da superação de uma resistência. Terreno mais conhecido, solo mais firme para os analistas que, nesse caso, pôde ser alcançado a partir de um manejo clínico específico. Nossa intenção com isso não é a de opor Freud a Winnicott e nem desconsiderar a especificidade de suas propostas teóricas e clínicas. Cientes de que para Winnicott há uma diferença importante entre retraimento e resistência, o que estamos propondo aqui é a possibilidade de um pensar inclusivo e não apenas disjuntivo entre os posicionamentos dos autores. Assim, nossa proposta indica que o mesmo acontecer clínico – no caso, o adormecer – pode ser compreendido por facetas distintas e receber manejos clínicos e entendimentos teóricos diferenciados. Em nosso ponto de vista, isso significa apenas manter em mente como o trabalho do analista é complexo.

À guisa de conclusão, o que buscamos aqui, com nossas considerações, não é instaurar uma nova forma de dicotomia. Mas ao contrário, nosso objetivo é de salientar que, na clínica, estamos inseridos em uma intensa complexidade que diz respeito à vida psíquica e que, em certos momentos, podemos percorrer o indiferenciado, o próprio espaço transicional... Ou seja, parece que em termos de análise e de manejo lidamos com teias, tramas, redes complexas que se superpõem e se entremeiam, e que para isso devemos avaliar e utilizar as ferramentas teóricas que nos são disponíveis. O que não nos traz facilidades, pois exige-nos rigor e posicionamento ético para que não caiamos em ecletismos levianos. Por outro lado, resgatando a citação freudiana com a qual iniciamos, serve-nos de alerta para que estejamos abertos para a *complexidade de causação das doenças* e a *não exclusão de muitos outros fatores*, pois, lidamos, enfim, com a vida, em suas diversas dimensões. O que torna nosso ofício complexo, vivo, instável e, talvez por isso mesmo, extremamente instigante.

Referências

BREUER, J.; FREUD, S. (1893-1895). Estudos Sobre a Histeria. Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, 3).

FREUD, Sigmund. (1914a) A História do Movimento Psicanalítico. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p. 12-122. (ESB, 14).

_____. (1914b) Recordar, Repetir e Elaborar. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p. 189-203. (ESB, 12).

_____. (1918[1914]). História de uma Neurose Infantil. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p. 12-155. (ESB, 17).

_____. (1937) Construções em análise. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p. 289-304. (ESB, 23).

WINNICOTT, D. W. (1958). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. *In*:_____, A família e o desenvolvimento individual, São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. (1960) Teoria do relacionamento paterno-infantil. *In*:_____, Donald Woods. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

Renan de Lima Brezolin

e-mail: r.brezolin@hotmail.com

Nadja Nara Barbosa Pinheiro

e-mail: nadjanbp@ufpr.br

Tramitação

Recebido em 26/06/2011

Aprovado em 04/10/2011