

A busca do entorpecimento e os sintomas de tédio e apatia na clínica psicanalítica¹

The search for numbness and the symptoms of boredom and apathy in the psychoanalytic clinic

Adriana Meyer B. Gradin*

Resumo

Novos discursos na clínica psicanalítica, assim como manifestações não verbais apontam para a questão do entorpecimento e do empobrecimento da vida simbólica de analisandos. No presente artigo, a autora trata do tédio e da apatia e do uso de objetos, tais como seriados, filmes e *games* de caráter repetitivo, drogas e objetos de adicção que impedem o acesso à transicionalidade. Tais analisandos evitam o contato com a ausência, com o vazio e com a separação que permitiria que se constituíssem como ego unitário. Aborda-se, ainda, a ideia winnicottiana de reação à intrusão em razão da superoferta materna, discorrendo sobre o manejo de tais casos e a escuta própria a esses padecimentos.

Palavras-chave: Entorpecimento. Tédio. Apatia. Intrusão.

Abstract

New narratives in the psychoanalytical clinic as well as nonverbal manifestations point to the question of numbness and impoverishment of the symbolic life of analysands. In this article, the author approaches the theme of boredom and apathy and the use of objects such as TV series, films and repetitive games, drugs and other elements of addiction that prevent access to transitionality. Such analysands avoid awareness of absence, emptiness and separation necessary that would allow them to constitute themselves as a unitary ego. It addresses Winnicott's idea of reaction to intrusion due to the excess of maternal attention and offer. It also deals with the handling of such cases and the proper listening to these ailments.

Keywords: Numbness. Boredom. Apathy. Intrusion.

¹ Artigo derivado da dissertação de mestrado da autora, intitulada *Tédio e Apatia como Sintomas: Manejos na Clínica Psicanalítica*, defendida na PUC-SP, orientada pelo Prof. Dr. Luís Cláudio Figueiredo.

* Psicanalista. Doutoranda em Psicologia Clínica no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Núcleo de Método Psicanalítico e Formações de Cultura. Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Núcleo de Método Psicanalítico e Formações de Cultura. São Paulo, SP, Brasil. adygradin@terra.com.br

1. O entorpecimento, o tédio e a apatia como manifestações sintomáticas

Pode ser que numa determinada época os psicanalistas tendessem a pensar na saúde como ausência de distúrbios psiconeuróticos, mas isso não é verdade hoje em dia. Precisamos de critérios mais sutis.

(WINNICOTT, [1967/2011, p. 9])

Novos discursos na clínica psicanalítica, assim como expressões não verbais de entorpecimento por parte de considerável número de analisandos têm-nos trazido indagações sobre a escuta de tais casos, que apontam para a vivência de um tédio marcante, pesado e imobilizador, conectado com certa apatia, que se apresenta exteriorizada em vidas com poucos estímulos ou em um estado quase neutro. São casos de indivíduos que adotam defensivamente um recuo ante a tomada de decisões em momentos relevantes da vida. Aliado a isso, aparece o desinvestimento no aspecto prazeroso da vida e a escolha de uma posição de esquiva quanto a firmar relações objetais potentes e atividades laborativas consistentes.

Tais analisandos iniciam o processo de análise, não raro, com a narrativa de que se sentem deslocados na própria vida, meio entorpecidos ou “dopados” e com muita dificuldade de entender o que desejam. Em geral, relatam que passam longas horas do dia e dos finais de semana fazendo atividades com um caráter de repetição: alguns se dizem viciados em séries e “sugados” por tal programação que acaba sendo escolhida em detrimento de qualquer outra; outros passam horas siderados em *games*, envolvidos em disputas duradouras ou quase infundáveis; já outros escolhem o uso abusivo, muitas vezes diário, de drogas com efeitos anestésicos ou a ingestão descontrolada de alimentos e álcool. Muitas vezes chegam conduzidos pelos pais ou “aconselhados” pelos outros, dada a preocupação que geram com esse alheamento, com essa escolha de entorpecimento.

Um desses indivíduos declarou, ao se apresentar em análise, que, depois de passar dezesseis horas seguidas jogando *games*, sem comer direito e sem dormir, começara a assistir seriados até o final de semana acabar e havia se dado conta de que tinha passado todo aquele período sem sequer trocar o pijama. Ao contar tal situação, disse que intuiu que deveria haver algo de errado com ele, por isso a procura de ajuda.

Taylor (1994, *apud* GIOVANETTI, 2010, p. 248) usa a expressão “despotismo suave” para falar do fenômeno em que pessoas “preferem permanecer em casa, para curtir as satisfações da vida privada” e se furtam a participar

ativamente da vida política. Nos casos ora apreciados, como se houvesse a reprodução desse recolhimento, esses indivíduos renunciam a ingressar no âmbito social e adulto, reduzem seu território de atuação e vivenciam certa impotência. Adotam tal conduta, segundo pensamos, em razão de defesas que tiveram de ser montadas em razão de experiências traumáticas vividas muito precocemente. Por causa desse quadro defensivo, algo os impede de se apresentarem na linha de frente, ficando imobilizados como quem não queria entrar no jogo de suas próprias vidas.

Essa ideia de inércia fica bem evidenciada no discurso de tais analisandos, que estão sempre a se queixar de um cansaço central, de uma preguiça de viver e fazer escolhas, da falta de sentido, além da crítica ao mundo externo. Ao mesmo tempo em que há planos grandiosos e idealizados para o futuro, há também certo desdém em seus relatos quanto aos esforços para a conquista de tais metas, como se não houvesse necessidade de estudo, dedicação e preparação para que os projetos viessem a se efetivar. Sucedem-se planos que reforçam o sentimento de desvitalização – concursos públicos sem preparação prévia, sonhos de ingressar no mundo das artes plásticas, do teatro e da televisão sem formação anterior, expectativa de promoções pouco prováveis. Aparecem metas quase sempre inatingíveis ou com baixa possibilidade de concretização e a vontade de nada fazer é relatada constantemente, em quase todas as sessões.

Gradin (2018) nomeou anteriormente alguns desses sintomas como *tédio-protesto* e *apatia-escudo*, destacando que os pacientes marcados pelo tédio “protestam” na sua mudez e “escolhem” viver uma vida entorpecida, buscando um tipo de escape no qual convocam atuações maciças para enfrentar o vazio. Já na via da *apatia-escudo*, tal “batalha” contra o ingresso na vida adulta ocorre sem ruído ou crítica; relaciona-se aos afetos do alheamento e do desinteresse. No “discurso” sobre a apatia, há uma intensidade mais baixa do que aquela que se escuta no tédio quanto ao conteúdo crítico. O apático praticamente não combate o *modus operandi* do meio social no qual está inserido; a apatia opera como vontade de desligamento, como silêncio eloquente, com a natureza de letargia, neutralização e desinvestimento. Na narrativa sobre o tédio, por outro lado, há um subtexto crítico que denuncia um Outro desinteressante, enfadonho, que causa certa resistência.

Fenomenologicamente, tal manifestação apresenta-se como sintoma, atitude ou comportamento marcantes não só na clínica psicanalítica, mas também, muitas vezes, como um aspecto da própria construção da subjetividade de tais indivíduos, sendo bastante elucidativa a seguinte descrição de César (2015, p. 10) dos seus aspectos verbais e não verbais:

Refiro-me aos jovens, em sua adolescência arrastada, adultos adiados, com o cotidiano vazio ou atemorizado; mas aqui, o cotidiano sem sentido deixa cair para fora do mundo estes seres desamparados. Adolescência congelada, fixada em horas paradas, os anos passando e o adiamento de entrar na vida. O gelo conserva, mas aqui deixa imobilizados os recursos internos que colocariam em movimento os processos de maturação, o colocar a existência em devir. Constatamos ainda a procrastinação compulsiva, a incomunicabilidade, a inércia psicossomática, o sentimento de marginalidade, o uso de drogas como recurso e como prótese de um aparelho psíquico que não consegue “imaginar” sua vida ou projetar um futuro. Apresentam dificuldade de ingresso na vida, temerosos e impotentes para lidar com o mundo do trabalho e com a aquisição da identidade adulta.

As expressões do trecho acima – “adultos adiados”, “cotidiano atemorizado”, “adolescência congelada”, “procrastinação compulsiva” e “adiamento de entrar na vida” – refletem o que vai aparecendo paulatinamente ao longo da escuta desses analisandos.

Parece-nos bastante frutífero pensar nessas rotas de fuga como um tipo de “*prótese de um aparelho psíquico que não consegue imaginar sua vida e projetar um futuro*” (CÉSAR, 2015, p. 12). Nesses casos, as questões formuladas em análise acabam por se ater à dificuldade em acessar o próprio desejo e alguma construção sobre o devir, aliada a uma afirmação de que não haverá rendição ao que a sociedade deles espera. Cabe invocar também como exemplo desses sintomas alguns fragmentos do caso clínico de Randy:

Estivera em três faculdades durante quatro anos, e ainda devia créditos que somavam mais de um ano. Eterno desconhecedor do seu saldo bancário ou do que significava uma refeição balanceada, incapaz de manter-se em um emprego por mais de duas semanas, vivia numa *kitchenette* miserável com cinco rapazes medíocres e malsucedidos, sempre fugindo do senhorio, furioso pelo atraso nos pagamentos do aluguel. Randy vivia tão entediado junto àquele grupo de rapazes que nem mesmo fumar maconha lhe dava prazer. Abandonara o fumo e retornara à velha muleta, o álcool. O mais grave era o seu hábito de procrastinar. Não era daqueles que costumavam adiar as coisas para o dia seguinte; procrastinava indefinidamente e afirmava: ‘Que se dane o amanhã; vou adiar e ponto final’. Uma espessa camada de desesperança enevoava *as manhãs de Randy* (KILEY, 1983, p. 144).

Como analistas, acabamos por testemunhar o desabamento dessa estrutura defensiva contra traumatismos primitivos quando esses analisandos tomam

ciência de resultados de avaliações, testes, concursos, vestibulares e constatam que não conseguiram ser aprovados, escolhidos ou selecionados dentre outros. Eles chegam, muitas vezes, após um colapso afetivo ou profissional, dado o impacto da realidade quando precisam escolher algo a fazer ou alguém para amar. São momentos críticos em que questionam o próprio entorpecimento, aparecendo, talvez nessas aberturas temporais, uma possibilidade de vivenciarem certo sofrimento com as próprias escolhas e formularem questões sobre o vazio, o recuo protetivo e o esgotamento que sentem.

A hipótese ora sustentada é a de que falta a esses pacientes a simbolização primária de algumas vivências e sensações precoces, que se referem a algo anterior à própria aquisição da palavra, àquilo que foi experimentado entre o somático e o psíquico, que é da ordem do silêncio ou da corporalidade em si mesma; e que, portanto, teve a vicissitude de ficar de fora dos processos de representação, discurso e narrativa.

2. A clínica do desvalimento

Muito se tem pesquisado sobre essa mudança significativa da clínica psicanalítica, no que tange a um empobrecimento da vida simbólica de alguns analisandos. Nessa linha, há pesquisadores que vêm sustentando uma nova modalidade de clínica – do desvalimento – na qual estariam incluídos “pacientes com traços autistas, as neuroses tóxicas e traumáticas, as doenças psicossomáticas, as traumatofílias, as adicções, os transtornos alimentares, as perturbações do dormir, a violência vincular, a promiscuidade e outras patologias” (COSTA, 2008, p. 89).

Tal autor nos fala de uma mudança relevante observada na clínica atual, dando ênfase ao estudo de casos marcados pela ausência de um ambiente empático nos primórdios do desenvolvimento de alguns indivíduos e pelos impactos sofridos por um aparelho mental ainda incipiente. A incapacidade de responder aos estímulos endógenos e exógenos traumatogênicos seria o fato gerador do que ele nomina de “uma experiência de desvalimento”.

Nos casos aqui tratados, um transbordamento pulsional parece ter sido experimentado muito cedo por tais indivíduos em razão de invasões ambientais e excessos de presença dos cuidadores, trazendo à cena inúmeras defesas, dentre elas um recuo protetivo.

Tendo como base os estudos de Maldavsky sobre a “clínica do desvalimento”, Costa (2008) defende que se trata de pacientes cujos corpos seriam “simbo-

licamente desabitados de emoções”, com muitas dificuldades para lidar e “modular operativamente a angústia, recorrendo a meios auxiliares, como as drogas, as compulsões sexuais e o *acting out*, através dos quais tentam atenuar a vivência de vazio, terror ou confusão de que o ego se sente invadido” (p. 91).

Segundo define o autor, eles não antecipam, em seus sistemas pré-conscientes, as ações do mundo externo, dado o seu estado apático e desvitalizado, não havendo como resposta a *angústia-sinal* presente nos casos de neurose, mas sim, um tipo de *angústia automática*, nos termos freudianos:

Em sua vida pulsional predomina uma *tendência a deixar-se morrer*, identificada como apatia, e sua defesa mais consistente é a desestimação do afeto, a qual compromete os fundamentos da subjetividade, ou seja, a captação das qualidades psíquicas dos vínculos.

No que diz respeito à estratificação tópica – inconsciente, pré-consciente e consciência –, também observamos uma diferença: enquanto nas neuroses o desinvestimento se relaciona com as marcas mnêmicas pré-conscientes e nas psicoses com as marcas mnêmicas inconscientes, nas patologias do desvalimento a instância desinvestida é a consciência, mais precisamente a consciência originária, *anterior às marcas mnêmicas e às representações* (COSTA, 2008, p. 90, grifo nosso).

Interessa propriamente ao nosso tema a ideia de dessensibilização afetiva reportada pelo autor, por ser essa uma característica muito marcante na escuta dos quadros sintomáticos da apatia e do tédio. Essa desafetação acaba por gerar efeitos nos vínculos do indivíduo apático ou entediado, a quem remanescem poucos investimentos para firmar laços amorosos e de amizade potentes. Ademais, também a ideia de Costa (2008) quanto à tendência da vida pulsional a “deixar-se morrer” aparece nesses casos ligada aos mecanismos anestésicos e entorpecedores eleitos.

Para Maldavsky (*apud* COSTA, 2008, p. 90), há uma grande diferença no aspecto da frustração experimentada nesses quadros clínicos, e, diferentemente do que ocorre nos casos de perda de um objeto amoroso, são apenas usadas por tais indivíduos algumas formas precárias de estimulações sensoriais e motoras, não com vistas a alcançar um estado de satisfação, mas para atingir uma vivência de calma. Seriam acessadas por eles excitações “relativamente monótonas, equivalentes aos procedimentos autocalmantes, por meio das quais o indivíduo procura neutralizar um excesso de excitação ou sua drenagem desmesurada, ambos traumáticos”. Haveria, pois, a predominância do princípio de inércia e a meta de estancamento da vida pulsional.

Com o passar do tempo, na análise de tais casos marcados pelo *tédio-protesto* e pela *apatia-escudo* (GRADIN, 2018), surge a constatação de que os filmes repetitivos, os seriados de longa duração assistidos e reassistidos por tais analisandos, assim como as drogas e os objetos de adicção por eles eleitos podem ser equiparados aos mecanismos a que Costa (2008) se refere como de excitações *relativas monótonas e procedimentos autocalmantes para lidar com o traumático*.

Entendemos que, diante da compulsão à repetição e do retorno do material cindido ante o trauma experimentado muito cedo por tais indivíduos, essas estimulações repetitivas, marcadas pela intensidade do uso de tais objetos e pela sua função amortizadora, seriam tentativas de fazer ligações para dominar o excesso pulsional transbordante, neutralizando a excitação desprazerosa e desligada do psiquismo integrado, em razão da invasão psíquica suportada precocemente.

Costa (2008) fala na desvitalização como consequência da ausência de uma mãe empática que dote de significação os afetos e as percepções do bebê, o que também se dá quando a mãe é excessiva, intrusiva e não se molda às necessidades do bebê como um ser singular. No fragmento reproduzido, o autor menciona que, nessas situações há um desinvestimento expressivo não nas marcas mnêmicas pré-conscientes ou inconscientes, mas em uma *consciência primária*, “anterior às marcas mnêmicas e às representações”. Ou seja, ocorre algo traumático, indizível e não simbolizado assemelhado ao que Winnicott (1949/1978) nomina de padrão primitivo e não saudável de *reação à intrusão*, quando o ego ainda não está integrado, não há personalização, nem há aptidão do indivíduo a ter relações objetais intersubjetivas. Como o *infans* não pode simbolizar o excesso, a falta e/ou a ausência, restam a agonia impensável e a convocação de esforços reativos.

3. Eixos de leitura metapsicológica a partir de Winnicott

Para Winnicott (1960/1990, 1968/2011), há grande relevância no estudo das necessidades do ego no campo da constituição subjetiva e da continuidade do ser, sendo menos relevantes as questões atinentes às vicissitudes instintivas ou pulsionais como entes isolados.

Diferentemente da doutrina freudiana, fundada na força do pulsional e da libido transitando em diferentes fases e fixações, para Winnicott há uma jornada rumo ao amadurecimento pessoal, pensada em quatro períodos (DIAS,

2017): 1) dependência absoluta; 2) dependência relativa; 3) período rumo à independência e 4) independência relativa.

Na concepção winnicottiana, portanto, a instintualidade está profundamente imantada à ideia de amadurecimento pessoal e o autor não reduz as necessidades do ego ao campo das necessidades fisiológicas, nem as reduz a tensões pulsionais referidas às pulsões sexuais de cada indivíduo. Compreende-as de forma mais ampliada, como necessidades emocionais, que não podem ser restringidas apenas ao fisiológico e que devem ser atendidas sob estas três vertentes: da integração do eu, da personalização e do contato com a realidade externa e os objetos.

Em um caminho mais amplo do que a via eleita por Freud, portanto, Winnicott postula a importância fundamental do ambiente, atribuindo-lhe influência decisiva no amadurecimento egoico e, sobretudo, na diferenciação entre quadros de saúde e de doenças mentais graves, decorrentes de defesas enrijecidas frente a falhas ambientais no início da vida. Os distúrbios à saúde mental são pensados em relação ao momento da “origem na linha do amadurecimento; isto é, com a natureza da tarefa com a qual o bebê, ou a criança estava “envolvida por ocasião do fracasso ambiental” (DIAS, 2017, p. 84). Para ele, as falhas na construção do eu em casos de psicose, casos-limite e esquizoidias decorrem de uma falha de atendimento às *necessidades do eu*, principalmente no momento mais primitivo da dependência absoluta.

Não há, inicialmente, um eu já constituído, mas um ser em *estado de não integração* que irá se encaminhando para a unidade, o que ele define como uma conquista, já que essa possibilidade de integração não é automática e depende de um ambiente facilitador. Além da integração, Winnicott trata da noção de “abrigo psicossomático” (ou parceria psicossomática), que se refere a uma conexão entre aquilo que é apreendido sensorialmente no corpo do bebê como experiência fragmentada ou parcial – ser banhado, tocado, carregado, alimentado – e o que vem a ser psiquicamente integrado por uma *elaboração imaginativa* que embasa a formação de um *psique-soma*. Como ainda não há conexão entre o corpo e o psiquismo com uma construção de sentido simbólica, nem há representação propriamente dita, o autor fala em uma *personalização* das funções sensoriais vivenciadas pelo corpo.

O estabelecimento de relações objetais se interliga aos processos de *integração* e de *abrigo psicossomático*, já que a maturação no sentido da vivência do “eu sou” e o alojamento no corpo próprio trarão a possibilidade de que o bebê se impulsione em direção às pessoas e aos objetos. Se a mãe for “suficientemente boa”, adaptando-se às necessidades de seu filho, ele vai se retirando da

zona de controle mágico, superando a ilusão de que o seio foi por ele “criado” e percebendo que o objeto de satisfação (seio, no caso), em verdade, não é parte dele mesmo, mas sim algo externo a ele, o que lhe possibilita, com o passar do tempo, formular as ideias de *Eu e não-Eu*.

Já a *desintegração* é bastante diferente dos estados salutareos de não integração atinentes aos períodos não excitados, tranquilos, nos quais o bebê se relaciona com a *mãe-ambiente*. A *desintegração* é defesa, uma defesa contra a falta de auxílio ao ego por parte da mãe, uma defesa contra a ansiedade vivida pela falta de suporte no estágio da dependência absoluta.

No pensamento winnicottiano, portanto, a noção de ser saudável está mais voltada a um processo de amadurecimento no qual não haja perda significativa da espontaneidade. Para tanto, o ambiente se mostra ainda mais importante sob os aspectos de uma construção da noção de tempo do bebê de modo paulatino, afastando-se as duas vias mais difíceis de lidar: por um lado, a ausência prolongada da mãe, que desespera o bebê e rouba a esperança de atendimento às suas necessidades; por outro, a presença maciça, invasiva ou engolidora da mãe – ponto tratado neste artigo como ensejador dos sintomas do *tédio-protesto* e da *apatia-escudo* (GRADIN, 2008) –, não deixando espaço necessário para que o bebê possa fazer as suas próprias elaborações rumo à autenticidade.

Winnicott (1960/2011) traduz a noção de *preocupação materna primária* como um modo de ser-estar da mãe relacionado a um processo de troca e comunicação, que inclui a decodificação daquilo que, singularmente, seu bebê necessita em um espaço de tempo razoável. Podemos pensar então em um tempo de atendimento às necessidades do bebê que não o submeta a um estado de desamparo, de desesperança ou decepção em virtude da demora dos cuidados e da presença e, por outro lado, em um ajuste materno que evite os excessos, invasões e antecipações que poderiam impedi-lo de se apropriar no seu gesto espontâneo.

Quanto ao excesso e às invasões dos entes cuidadores segundo a teoria winnicottiana, lembremos que um bebê em estado de quietude, em paz com seu entorno, sinaliza que não está lá para ser encontrado e a imposição de necessidades de fora para dentro interrompe a continuidade do seu ser naquele momento. Como as amostras do mundo que a mãe apresenta de forma intrusiva não têm sentido para ele (DIAS, 2017), sobretudo porque a vivência de satisfação de necessidades deve ser experimentada como se adviesse dele mesmo, o excesso acaba sendo traumatogênico.

3.1. A reação à intrusão, o tédio, a apatia e o protesto

Winnicott (1962/1990, p. 55) ensina que, no estágio da dependência absoluta, a mãe tem a função de ego auxiliar do bebê. Com o suporte materno, o infante começa a se relacionar com objetos subjetivos e vai fazendo uma mescla lenta entre *áreas de objetos subjetivos* e outras áreas em que se relaciona com alguns objetos percebidos objetivamente, por ele nomeados de objetos não-eu. Mediante esse lento processo, ele vai assimilando o princípio da realidade. Winnicott afirma que, no momento inicial da necessidade de apoio ao funcionamento egoico, o bebê não pode ser considerado apenas “uma pessoa que sente fome”, mas deve ser tido como “um ser imaturo que está continuamente a pique de sofrer uma ansiedade inimaginável” (*Ibid.*, p. 56).

Quando não acontece um bom suporte do ambiente, em decorrência do que Winnicott (1962/1990) denomina ineficiência materna, ocorrem: 1) distorções da organização do ego que ensejam características esquizoides; ou 2) o desenvolvimento de um *self* que cuida de si próprio.

A noção winnicottiana de adoecimento se relaciona ao enrijecimento de mecanismos de defesa. Se, na neurose, a organização defensiva decorre da repressão ante a ameaça de castração, a psicose e os quadros esquizoides seriam a resposta defensiva de indivíduos que sequer puderam atingir a noção de unidade integrada de si, em virtude de defesas acirradas da cisão contra agonias primitivas e impensáveis: agonias de 1) desintegração; 2) cair para sempre; 3) não ter conexão alguma com o corpo; 4) carecer de orientação (WINNICOTT, 1962/1990).

A ideia de continuidade do ser denota-se sobremaneira importante neste particular, sendo referida à necessidade de proteção do ego ainda incipiente pelo ego-auxiliar materno, de modo a dar cobertura na construção da personalidade do bebê. Segundo o autor, todas as reações contra a ansiedade inimaginável cortam a continuidade existencial, instaurando-se um padrão de fragmentação do ser, gerando uma vivência de desintegração.

Pensando na noção de continuidade do ser, há de se convocar a importância dos períodos de vazio criativo, nos quais é dada à criança a chance de brincar sozinha, tempos nos quais ela poderia, em tese, experimentar a vivência do tédio no sentido positivo, como semente germinal para um ato criativo ou um tempo para assegurar o ritmo interno sereno, também necessário.

Sob o mesmo prisma, Phillips (1996) defende o caráter de conquista para uma criança ao poder sustentar períodos de vazio, aprendendo a usar criativamente esse tempo sem estímulos diretos. Para ele, trata-se de uma exigência

opressiva dos adultos “a de que a criança deve ser interessada, em vez de seguir sem pressa a fim de descobrir o que a interessa”, destacando que “a capacidade de se entediar pode ser uma conquista no processo de desenvolvimento” (*Ibid.*, p. 99). Como o tédio, para Phillips, é um núcleo germinativo para que floresça a capacidade de ficar só da criança, apenas um ambiente não intrusivo pode permitir que ela experimente essa positividade; mas, quando tal possibilidade lhe é usurpada, por excesso de presença materna, podem ser sufocados o seu desenvolvimento emocional e a criatividade infantil.

Para Safra, o espaço de ausência é um dos grandes propulsores da capacidade imaginativa da criança, sem o qual fica comprometida a sua sensação subjetiva de segurança na descoberta do mundo. Trata-se de um espaço que funciona como fenômeno transicional e favorece a autonomia da criança porque “é um espaço suficientemente seguro, já que, do ponto de vista imaginativo, é considerado familiar, pois a presença protetora da mãe se estende sobre” (SAFRA, 2015, p. 84).

Na obra winnicottiana (1960/2011) afirma-se a existência de uma tendência inata ao crescimento e ao desenvolvimento emocional que, a depender do ambiente, pode ser alcançada ou frustrada. Em sendo o ambiente favorável, emerge também a tendência ao impulso criativo inato. Por outro lado, o excesso materno ou a apreensão subjetiva do ambiente como invasivo pode inviabilizar a separação da díade mãe-bebê, comprometer o desenvolvimento da autonomia, o prazer da descoberta do mundo e, em última instância, o acesso ao desejo de tais indivíduos.

Parece-nos bastante útil para a apreciação da sintomatologia aqui tratada a tripartição feita por Winnicott (1950/1978, *apud* PORTELA, 2008) quanto à organização da personalidade com base em três padrões relacionados à motilidade: 1) motilidade como expansão; 2) motilidade como reação à intrusão; 3) motilidade expandida de forma exagerada.

O primeiro padrão relaciona-se à saúde, à motilidade como uma expansão do indivíduo, partindo do seu centro; o ambiente, nessa situação, é descoberto como uma experiência positiva e criativa do indivíduo. No segundo padrão, o bebê tem a sua motilidade fundada em uma reação à intrusão, portanto não se lança no mundo espontaneamente, e busca uma quietude como forma de experimentar a existência individual. Já no terceiro, aí contempladas as defesas falso *self*, a motilidade desenvolve-se não a partir do cerne, mas a partir da casca e não resta lugar para o estado de narcisismo primário produzir um indivíduo; o núcleo fica oculto e o indivíduo “existe por não ser encontrado” (WINNICOTT, 1950/1978, p. 365).

Nos casos do tédio-protesto e da apatia-escudo (GRADIN, 2018) escutamos indivíduos em manifesta reação à intrusão, em *recuo* para se proteger de um ambiente que não foi apto a decodificar as necessidades que lhes permitiriam acessar a condição de *peessoas inteiras*.

Winnicott (1949/1978) usa a analogia oferecida por uma paciente sua: o feto é como uma bolha; se a pressão exterior da bolha for igual à pressão interior, a bolha pode continuar existindo. Se a pressão exterior for maior ou menor do que a do interior, há uma reação à intrusão (*impingement*). Ocorre, por isso, uma quebra da continuidade do ser, já que não houve impulso próprio do bebê para a busca e a sucessiva criação do objeto, mas uma interrupção do ser em razão da reação à intrusão.

A ideia de retração, recuo e fuga do mundo nos casos de tédio-protesto e apatia-escudo (GRADIN, 2018) pode ser explicada com base nessa noção winnicottiana de reação à intrusão, uma vez que o ajuste do ambiente às necessidades mais iniciais do indivíduo terá influência direta na aquisição da esperança e da ideia de que a vida vale a pena ser vivida, ao passo que, em caso de falha ambiental, a consequência será a de que ele se retraia, recue e fuja das pessoas à sua volta, e da sua consequente inserção no mundo.

3.2. A superoferta materna e a demissão subjetiva

Nessas hipóteses² não estamos falando de ausência do ente materno, mas de excesso, de superoferta, de uma mãe solícita demais que, ao atender tão apressadamente às demandas do recém-nascido – pelo fato de sempre considerá-las urgentes ou, em outra hipótese, de precisar confirmar a sua própria “eficiência” como mãe – teria impedido a elaboração satisfatória do processo psíquico de representação da presença/ausência, a ponto de dar uma cobertura, uma borda à angústia decorrente da vivência da ausência em si.

A figura, nesses casos, não é a da mãe ausente, abandonando o infante à sua própria sorte, mas, sim, a da mãe “ansiosa, insegura, hiperativa, amorosa demais – uma que atropela, com sua pressa e solicitude, ou seja, com sua própria demanda, a delicada constituição do tempo psíquico de seu bebê” (KEHL, 2009, p. 241). Não apenas a mãe suficientemente boa, mas excessivamente boa que impõe ao bebê uma demanda que ele não tem recursos para satisfazer.

² Assim como Maria Rita Kehl (2009) defendeu em relação aos estados depressivos.

Nesta perspectiva, pensamos que esses pacientes que escolhem o entorpecimento, estariam, na verdade, assim como os depressivos, tentando se proteger do excesso. Nessa mesma linha, Piera Aulagnier é citada por Minerbo (2000, p. 93) como uma voz que aponta para os riscos desse transbordamento, ao destacar que uma mãe pode, sim, abusar da função maternante, em razão de um desejo particular de ser a “única porta-voz da verdade”, o que teria o nefasto efeito de impedir o filho de formular um pensamento autônomo, dela discordante.

O exercício desmedido desse amor, fundado na dimensão tentacular da mãe-polvo, que tudo oferece e tudo concede, com urgência e por antecipação, ao bebê ainda não integrado, impede-o de elaborar imaginariamente os espaços vazios e a ausência materna. Essa mãe inunda, comparece eficazmente antes de a demanda do bebê sequer se esboçar de forma própria e consistente, impedindo a sua experiência de onipotência quanto à criação de objetos externos e comprometendo, por conseguinte, os seus impulsos eróticos de descoberta em relação ao mundo.

Lacan (1960, *apud* KEHL, 2009, p. 58) usa a terminologia “demissão subjetiva” para falar sobre a posição do sujeito que se deprime; porém, não podemos deixar de pensar na mesma posição em se tratando de indivíduos que adotam a escolha do protesto mudo, pela vida da apatia-escudo ou do tédio-protesto, como se estivessem a contestar os sentidos do seu tempo mas que, ao fazê-lo, deixam de acessar o desejo próprio, única via que lhes faria encontrar algum sentido de vida. Eles se veem em desacordo com a cultura vigente, mas nada fazem a não ser recuar e se entregar a um lugar desvitalizado e sem voz ativa. Por esse motivo, elegemos o significante *recuo* para ilustrar a ação (ou inação) adotada pelos indivíduos portadores desses dois sintomas.

Segundo sustenta Kehl (*Ibid.*, p. 201), o depressivo se instala em uma condição de castrado “por covardia – para esquivar-se da rivalidade fálica com o pai e, conseqüentemente, com os substitutos dele, ao longo da vida. Permanece, portanto, na versão imaginária da castração infantil: aquele que nada pode”. Ele “se retira da festa” (*Ibid.*, p. 103).

As situações aqui relatadas não estão diretamente relacionadas à castração, muito menos à rivalidade fálica com o pai ou a questões edípicas alusivas a uma relação envolvendo três indivíduos; nesse ponto, não se referem precisamente ao conceito de *recuo* tal como ocorre em quadros de neuroses. A questão em pauta é muito mais primitiva, no âmbito da vivência da constituição egoica. A similaridade está, pois, na expressão sintomática dessa posição subjetiva: estar no mundo como alguém que “se retira da festa”, como “aquele que nada pode”.

Os indivíduos marcados pelos sintomas do tédio-protesto e apatia-escudo (GRADIN, 2008) reproduzem esse mesmo tipo de esquiva da rivalidade fálica, retirando-se do jogo da vida adulta e vivendo em constante protesto desdenhoso e crítico ao enfado que tal jogo geraria. Ao mesmo tempo, há uma sensação muito subliminar de que se afastaram de uma posição genuína em suas próprias vidas e de que seus grandes talentos estão escondidos e um dia serão descobertos.

De modo curioso, muitos deles trazem no corpo um tipo de inscrição sobre esse desinvestimento pulsional, quer em forma de tatuagens, quer nas roupas que escolhem vestir. Em seus discursos, parecem não se importar e nem querer agradar ou conquistar outras pessoas com as quais convivem; na verdade, sequer admitem precisar delas. Alguns deles assumem identidades de personagens fictícios em situações sociais e em suas redes sociais – ou com eles se identificam. Cultuam os quadrinhos e dizem “não” ao mundo adulto, muitas vezes portando esses “escudos” no próprio corpo, sob a forma de fantasias, indumentárias, roupas com temas mais infantis ou, como dito, tatuagens temáticas dessa insatisfação. Seus vínculos são de baixa intensidade e profundamente desvitalizados. São pacientes que se defendem do mundo e criam uma “pele psíquica” que os protege de fortes intensidades emotivas.

Um dos exemplos desse quadro sintomático se expressa no caso da analisanda Alice, que se veste regularmente como personagens de histórias em quadrinhos e filmes e traz como conteúdo de seu discurso, além dos “poderes” desses seres da ficção que deseja ter como próprios, uma vontade de viver “mergulhada” nos universos particulares deles. Ou do analisando Peter, que prefere passar todos os finais de semana, durante horas a fio, entretendo-se com o *game* FIFA a fazer qualquer outro programa, com qualquer outra pessoa.

A colagem fusional a objetos externos produz uma prótese identitária, algum sentido.

A pressão externa é evitada, de modo eficaz, pelo escudo imaginário que barra a entrada da alteridade ameaçadora, mas, normalmente, os inimigos que se apresentam nessa arrumação estratégica costumam ser oriundos da pressão interna.

De que se defendem? Qual o motivo de portarem o escudo? É preciso encontrar uma fresta simbólica nesse escudo imaginário para pensar em um menor enrijecimento defensivo e em uma construção de um lugar de escuta e manejo.

3.3 O uso de objetos impeditivos ao acesso à transicionalidade

Em relação aos objetos de adição eleitos por tais analisandos entorpecidos, aos filmes repetitivos, às séries vistas e revistas circularmente, entendemos que podem ser equiparados aos objetos nomeados por Tustin (1990) de *objetos autísticos*, em virtude da forma estereotipada pela qual são manuseados e pela finalidade aparente de seu uso rotineiro, intensificado e repetitivo, que seria o de evitar o contato com a ausência, com o vazio e com a separação que permitiria que o indivíduo se constituísse como ego unitário.

No primeiro ano de vida, segundo observações de Winnicott (1951/1975), são constituídos os objetos transicionais, relacionados a experiências de suavidade e maciez, como elementos calmantes que fazem remissão à presença da mãe e, por isso, facilitam o adormecer (cobertor, ursinho, fralda). Esses objetos já se encontram fora do controle mágico do bebê, têm existência externa e fazem uma ponte entre o mundo interno e o mundo externo, situando-se entre esses dois espaços do bebê, em uma área transicional, que favorece o surgimento da simbolização.

O uso de objetos transicionais revela, assim, uma caminhada evolutiva no processo de maturação do ego, já que eles passam a representar uma semente da simbolização. Caracterizado o objeto transicional, a princípio, como objeto “mesclado”, que combina partes do bebê e partes da mãe, ele passa a ser, com o tempo, um elo de transição entre a ideia de uma mãe fusionada ao bebê e uma mãe existindo como um outro ser, que pode vir a ser percebida como realidade externa diversa do bebê. Trata-se de um “caminho do meio” precursor do início da separação.

O objeto transicional é um recurso construído ante uma perda da criança, em decorrência da quebra da ilusão de onipotência infantil quando a mãe, de alguma forma, começa a lhe causar decepções sucessivas, em um processo que abarca suas ausências e as vivências de adiamento à satisfação a serem toleradas pela criança em seu amadurecimento. Esse objeto revela que a perda do primeiro objeto de amor começa a dar lugar a objetos substitutos com os quais o sujeito consegue certa satisfação (MALEVAL, 2009). Os objetos transicionais são criados para minimizar o impacto da descoberta e da consciência do não-eu; ou seja, para que sejam artefatos que amortizem a vivência dolorosa da separação.

Relacionados aos estudos de objetos transicionais, Tustin dedicou parte de sua obra ao estudo de objetos autísticos, não macios, mas duros, firmes e não flexíveis, os quais representam um aspecto mais voltado ao patológico, ou

melhor, à dificuldade ou inviabilidade da separação entre mãe e bebê e, por isso, são objetos também ligados à ideia de fusão e duplo.

Quando fala da natureza dos objetos autísticos, Tustin (1990) diz que não se pode afirmar que eles sejam usados para a finalidade da fantasia, pois são manipulados de forma estereotípica e ritualizada – um carrinho, por exemplo, não para andar em pistas, mas para ficar “grudado” à mão da criança; chaves não para abrir portas, mas apenas para se segurar firme. Eles não são escolhidos como únicos ou especiais para a criança por suas características próprias, podendo ser substituídos quando perdidos, ou até descartados. São usados como uma espécie de parte do corpo da criança e como proteção contra o mundo externo. Para Tustin (1990, p. 89), esses objetos são importantes porque “trazem satisfação quase instantânea e evitam a demora entre a expectativa e a percepção de que, desde que o suspense possa ser tolerado, leva a atividades simbólicas como fantasias, memórias e pensamentos”.

Por este motivo, defendemos que tal teoria tem certa aplicabilidade aos casos clínicos aqui apreciados, com a ressalva de que não estamos falando em uma simetria perfeita entre os pacientes que optam pelo citado entorpecimento e os pacientes autistas, nem estamos estendendo a eles todas as hipóteses de Tustin sobre pacientes neuróticos com núcleos autistas.

O que nos importa nessa leitura que Tustin (1990) faz dos objetos autísticos é que eles são impeditivos do acesso à transicionalidade, trazem uma satisfação quase instantânea e evitam a expectativa da espera – ou seja, obturam a simbolização do tempo de ausência.

Como descrevemos, os objetos autísticos têm ligação direta com o sensorial e com o tátil e acabam sendo usados pela criança para evitar a separação do corpo da mãe; por isso acabam trazendo à cena uma alucinação positiva da presença, deixando a criança presa à sua realidade subjetiva, livrando-a do enfrentamento da alteridade, do mundo não-eu. São usados pela criança como forma de escapar da vivência dolorosa do mundo externo, *não-eu*, assim como ocorre, simetricamente, em relação ao entorpecimento adotado pelos pacientes marcados pelo tédio-protesto e pela apatia-escudo (GRADIN, 2018).

Ainda segundo Tustin (1990, p. 89), “a dureza ajuda a criança delicada e vulnerável a sentir-se segura em um mundo que parece repleto de perigos inexprimíveis, e com relação aos quais ela sente um terror indizível”. Podemos também relacionar, por analogia, tal sensação de segurança gerada artificialmente pelos objetos autísticos com a ideia de recuo de tais pacientes e de sua adesão de caráter circular a objetos como filmes, séries, alimentos e drogas de cunho entorpecente, como se estivessem se protegendo de riscos não repre-

sentados, apreendidos muito cedo entre o somático e psíquico; como se usassem a crítica e o desinteresse como elementos defensivos.

Contando parte da história de Sylvia Plath, Tustin (1990, p. 165) aventa a possibilidade de que Sylvia estivera provavelmente fundida com sua mãe quando bebê e criança pequena, tendo que enfrentar a separação física quando ainda despreparada para sustentar sentimentos de identidade e separação. Sobre a descoberta do novo bebê que sua mãe teria, quando tinha apenas dois anos de idade, Plath escreveu:

Eu odeio bebês. Eu, que por dois anos e meio fui o centro de um universo afetuoso, senti o arrancar do eixo e o calafrio polar imobilizarem meus ossos [...]. Abraçando meu rancor, vil e espinhoso, e triste ouriço-do-mar, eu me arrastei pela minha própria vontade, em direção à ameaçadora prisão. De uma estrela eu vi, fria e sensatamente, a separação de tudo. *Eu sentia a parede da minha pele; eu sou eu. Aquela pedra é uma pedra. Minha maravilhosa fusão com as coisas do mundo acabara* (grifo nosso).

Eis um exemplo bastante claro do uso da própria mãe como se fosse um tipo de objeto autístico ou um pedaço do corpo da filha, como resultado desastroso de uma separação que deixou como vestígios emoções intensas e difíceis de lidar.

Tustin (1990, p. 175) fala também de pacientes neuróticos que têm em comum com crianças autistas a sensação de serem irreais e de que “a vida é apenas um sonho”, entendendo que, em tais casos, existem todas as potencialidades para o desenvolvimento do *self*, mas, de alguma forma, “auto-representações autênticas e seguras nunca foram satisfatoriamente alcançadas”. Um desses pacientes chama esse estado de “frigorificação emocional”, e quanto ao estado de Sylvia Plath, a autora fala que a escritora experimentara “aquela frieza e solidão glaciais” (*Ibid.*, p. 154) que os pacientes com uma “cápsula” de autismo descrevem (*Loc. cit.*).

A paciente aqui ficticiamente denominada Alice, por exemplo, com quase trinta anos de idade, passava longos períodos de suas sessões de análise falando com voz infantil, segurando a sua pulseira cheia de penduricalhos referidos a personagens infantis. Prendia-se ao objeto como se fosse um amuleto que poderia auxiliá-la a falar de sua dificuldade de ingressar na vida adulta. Sentia-se só e, às vezes, “em um sonho”.

Assim, esses indivíduos se submetem a situações de recolhimento ou de mero acesso a calmantes, objetos pacificadores (*pacifiers*, como chupetas tranquilizadoras do bebê) – e vivem “dormentes” como forma de defesa.

Como visto, alguns estudiosos vêm denominando tais analisandos de pacientes com traços autistas, relacionando essa forma de estar no mundo a uma forma de *desvalimento* decorrente das respostas ambientais, mas o que ressaltam como mais marcante em tais casos é um empobrecimento incisivo do simbólico e da transicionalidade, que escutamos muitas vezes na clínica veiculada em uma fala sobre uma sensação de irrealidade da vida, sobre uma solidão profunda e a vontade de voltar ao tempo da infância, um tempo “protegido”.

4. A escuta de casos clínicos de entorpecimento

Em se tratando de analisandos marcados por questões mais primitivas quanto à constituição e integração egoica e pelos sintomas do tédio e da apatia, como melhor escutar e atender a suas necessidades no laço transferencial? Qual deve ser a posição do analista quanto ao núcleo enrijecido desses sintomas, marcado pelo *protesto* reiterado ou pelo *escudo* impeditivo do ingresso do Outro? Que manejos clínicos poderiam auxiliar a escuta de tais casos?

Defende Winnicott (1961/2011) que uma análise não está restrita tão somente ao objetivo de cura de um sintoma, abarcando uma noção muito mais abrangente de construção de “uma personalidade de base mais larga, mais rica em sentimentos, mais tolerante em relação aos outros, pois mais segura de si mesma” (WINNICOTT, 1961/2011, p. 18), ou seja, à noção de aparecimento e florescimento do seu *self* verdadeiro, o que se refere à ideia de *cura enquanto cuidado*.

Sabemos que o conceito winnicottiano de psicopatologia abrange uma organização das defesas do indivíduo em razão de um colapso ambiental e que os pacientes do *tédio-protesto* e da *apatia-escudo*, como demonstrado, foram vítimas de falhas consideráveis nos seus tempos primevos, do que decorreu uma reação à intrusão; daí por que a tarefa do analista nessa escuta vai além da ideia de cura estrita de sintomas neuróticos.

Deus (2014), ao analisar as transferências do ponto de vista winnicottiano, defende que há uma grande diferença entre transferências com indivíduos que já podem ser considerados como uma pessoa inteira (*whole person*), que abrangem impulsos instintivos em relacionamentos interpessoais já referidos ao Édipo e, em outra via, as escutas analíticas de indivíduos que ainda não efetivaram essa travessia e que, portanto, não puderam acessar o estágio do *concern*, estando ainda destituídos da noção de separação entre eu e não-eu.

Nas hipóteses em que não se pode falar de um “ego intacto” (DEUS, 2014, p. 89) capaz de estabelecer relações de objeto propriamente ditas, a transferên-

cia circulará sobre “necessidades egoicas” do analisando, dada a sua frágil estrutura básica da personalidade em virtude de organização defensiva contra agonias primitivas e impensáveis. Haverá, assim, uma particularidade sobre o *tempo* na transferência e o paciente experimentará na análise, muitas vezes pela primeira vez, aspectos relativos aos estágios mais primitivos do amadurecimento (o presente passa a ser o passado). Por isso, deverá ser concebida uma análise modificada, com mais ênfase no manejo do que na interpretação.

Um dos aspectos bastante importantes na escuta de tais casos refere-se ao cuidado cirúrgico que há de permear as manifestações do analista, já que, dada a configuração da etiologia do sintoma com base em uma reação ao ambiente intrusivo, qualquer intervenção ou interpretação que possa parecer invasiva será recebida como quebra de um bem-estar e de uma continuidade no laço transferencial. Teremos de experimentar o zelo e o cuidado sutil de quem lida com um ser com contornos fragilizados, estruturalmente requerendo toques macios, suaves e delicados como aqueles proporcionados pelos objetos transicionais.

Na escuta dos casos aqui tratados, devemos estar atentos às necessidades do ego ainda não desenvolvido, de forma distinta dos casos de neurose, nos quais o paciente rememora experiências do seu passado no curso da análise, e o analista se posiciona transferencialmente como uma de suas figuras parentais. Pensamos que o analista deve estar apto a adaptar-se a uma análise modificada; frear o uso da interpretação para evitar a vivência de intrusão por parte do analisando e o correlato movimento reativo; assegurar no *setting* a possibilidade de acolher os movimentos regressivos que se façam necessários e se permitir experimentar a relação de uso de objeto pelo paciente, sobrevivendo a seus ataques, caso apareçam no curso do processo, já que eles representarão indícios de evolução rumo à integração e individuação.

O analista deverá ter uma disposição de mente que lhe permita conter estados de vazio, de tédio, apatia e entorpecimento, criando um espaço de continência e confiabilidade para a simbolização das agonias impensáveis decorrentes das vivências primitivas de invasão e excesso; mas cabe-nos pensar, igualmente, na posição do analista quanto ao núcleo enrijecido desses sintomas, marcado pelo protesto reiterado ou pelo escudo impeditivo do ingresso do Outro.

Como esses analisandos apresentam a marca do protesto na superfície, seja “grafitada” nos próprios corpos, seja encravada nos seus discursos, o analista – embora sabendo que há uma agonia primitiva como núcleo desses sintomas – deverá, primeiramente, escutar as defesas ativas (protestos e contestações ao discurso vigente) com vistas a desativá-las, assim como desarticular as resistências fundadas em suposto ódio à realidade, que fazem com

que o sujeito se afaste de uma vida de ligações e de relações intersubjetivas. Nesse contexto, podemos nos valer da clínica do confronto, nos termos definidos por Figueiredo (2014), pela via de interpretações interpelantes.

A escuta inicial deverá abarcar então o entorpecimento perante as demandas da vida. No momento em que se expressam manifestações de desdém, crítica e protesto ao discurso do mundo adulto, deveremos oferecer uma escuta implicada e viva, continente para sustentar o laço transferencial, mas que possa abarcar a ação de *desalojar certezas* do analisando – buscando encontrar inconsistências no discurso fechado e/ou empobrecido, que inviabiliza ou compromete a sua inserção na vida real. Essas “certezas” cristalizadas, sobretudo atinentes à esquiwa ao ingresso no mundo adulto, derivam, segundo Figueiredo (2014, p. 136), da fantasia infantil de onipotência, razão pela qual pensamos que requerem esse prévio trabalho de confrontação.

Como se trata de defesas ativas que encobrem um estado de passivação e de semimorte subjacente, decorrente da reação à superoferta materna experimentada como invasão, apenas posteriormente a tal trabalho de elaborações e perlaborações quanto às defesas ativas, depois de feita alguma erosão na “casca” reativa do indivíduo e de ter podido aparecer o núcleo fragmentado, des-subjetivado ou apassivado, haverá a possibilidade de adentrarmos em outro momento analítico, na escuta das defesas passivas e no cuidado de necessidades egoicas mais primitivas.

Se os sofrimentos atuais apontam para um excesso percebido como invasivo, do qual é necessário se defender pela via do isolamento e da evitação, o trabalho analítico deverá possibilitar acesso à simbolização, agrupamento de afetos dispersivos a palavras que os traduzam, fazendo ligação, postulando vitalização e construção de sentido perante o vazio.

Para tratar desse vazio, o trinômio da associação livre + abstinência/neutralidade do analista + interpretação deverá ser trocado por um novo agrupamento do trinômio entre associação livre + regressão + jogo (KUPERMAN, 2008), incluindo um cuidado analítico que possa apostar na qualidade do encontro afetivo na transferência e na construção winnicottiana de que é o analista que deve estar suficientemente adaptado aos modos de subjetivação do analisando, criando um *setting* que inclua o ritmo deste e, também, o seu tempo.

Em *O medo do colapso*, afirma Winnicott (1974/1994) que um dos sentimentos vividos pelo analisando, ao ser interpretado, pode ser comparado ao que ele sente quando ocorre uma invasão ou intrusão ambiental; ou seja, uma interrupção da continuidade do ser, o que justifica um cuidado redobrado no

manejo de tais casos. Para o autor, nessa forma peculiar de transferência, ocorre uma espécie de fusão entre paciente e analista e este será um objeto subjetivamente concebido pelo paciente, mas também sentido como um “objeto subjetivo”, como uma parte do próprio paciente. Isso se dá de forma diferente do que ocorre com os neuróticos, que têm a possibilidade de simbolizar e usar o analista como se ele fosse uma das figuras parentais. Nos casos de neurose, não haverá fusão entre analisando e analista, mas uma posição do analista como objeto objetivamente percebido (WINNICOTT, 1963/1990); já nos casos em apreço, o analista sentirá a demanda de oferecer uma análise modificada, algumas vezes permitindo o ir e vir fusional.

Nesses casos, assim como nos casos de regressão em análise, Winnicott (1960/1990) nos ensina que os analisandos têm necessidade de vivenciar uma fase de dependência infantil e, por isso, o analista terá de se posicionar, no manejo, mantendo-se atento à realidade externa, mas também permitindo que ocorra essa fusão temporária, sob a aposta de que a parte sadia da personalidade do paciente será uma aliada que colabora com seu amadurecimento egoico de forma inconsciente, trazendo sinais à cena analítica de como o analista deverá se comportar.

Como as rotas da criatividade e da curiosidade sobre o mundo foram obstruídas e houve certa impossibilidade de simbolização da ausência dos entes cuidadores pelo analisando em seus tempos primevos em decorrência da *superoferta materna* como um elemento patologizante, o analista há de compreender que existe um comprometimento do seu fluxo desejante e o uso de mecanismos autocalmantes que servem para modular apenas operativamente a sua angústia.

Se o analisando precisar “dar dois passos para trás” ou “muitos passos para trás” em um movimento regressivo para retomar a sua caminhada do ponto em que ela estancou em termos de saúde, o analista estará por perto, oferecendo um *setting* adaptado e favorável a que esse estágio de dependência absoluta possa aparecer e ser cuidado.

Tudo o quanto foi exposto nos faz refletir quanto à posição do analista, que há de ser concebida nesses casos clínicos em termos de maleabilidade, como presença que contém, metaboliza, confronta e desaloja quando necessário, interpreta muito cautelosamente e também sustenta regressões para que o analisando possa simbolizar afetos não representados, trilhar um percurso na sua história de vida, e recontá-la, acessando outras possibilidades de simbolização sobre o que viveu e o que vive. Será um tempo de caminhada e trânsito para uma *potencial independência* de um indivíduo recolhido e “dormente”, a

fim de que possa acessar novas formas de integração de si mesmo, de personalização e até de experimentação de algum prazer nas relações objetais com as pessoas que o circundam.

Tramitação

Recebido 19/10/2020

Aprovado 10/11/2020

Referências

- CÉSAR, F. F. Pérolas aos poucos: o relato de uma adolescência congelada. *Desidades*. Rio de Janeiro, v. 9, p. 10-21, dez. 2015.
- COSTA, G. P. Psicopatologia psicanalítica contemporânea: clínica do desvalimento. *Rev. bras. psicanál.*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 89-102, jun. 2008.
- DEUS, R. T. de. *Um estudo sobre a transferência em Winnicott no caso Piggie*. 2014. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia do Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas, Campinas, 2014. Disponível em: <<http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/454/1/Ricardo%20Telles%20de%20Deus.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2017.
- DIAS, E. O. *A teoria do amadurecimento*. D. W. Winnicott. Rio de Janeiro: Imago, 2017.
- FIGUEIREDO, L. C. Os casos-limite e as sabotagens do prazer. In: _____. *Elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2008.
- _____. *Cuidado, saúde e cultura: Trabalhos psíquicos E C*. São Paulo: Escuta, 2014.
- GIOVANETTI, J. P. O tédio existencial na sociedade contemporânea. In: _____. *Tédio e finitude: da filosofia à psicologia*. Belo Horizonte: Fundação Guimarães Rosa, 2010.
- GRADIN, A. M. B. *Tédio e apatia como sintomas: manejos na clínica psicanalítica*. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, Núcleo de Método Psicanalítico e Formações de Cultura, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://tede.pucsp.br/handle/handle/21525>>. Acesso em: 14 jul. 2019.
- KEHL, M. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009.
- KILEY, D. *Síndrome de Peter Pan*. São Paulo: Círculo de Livro, 1983.

KUPERMANN, D. *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. 252 f.

MALEVAL, J-C. Os objetos autísticos complexos são nocivos? *Psicol. rev.*, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 223-254, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167711682009000200014>. Acesso em: 06 mar. 2017.

MINERBO, M. *Estratégias de investigação em psicanálise: desconstrução e reconstrução de conhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP, 2000.

PHILLIPS, A. *Beijo, cócegas e tédio: o inexplorado da vida à luz da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

PORTELA, M. M. *Qualquer fisga entre amor e ódio: uma leitura da agressividade em Winnicott*. 2008. 124 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15753/1/Marcia%20Mendes%20Portela.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

SAFRA, G. *A face estética do self: teoria e clínica*. São Paulo: Ideias e Letras, 2015.

TUSTIN, F. *Barreiras autistas em pacientes neuróticos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

WINNICOTT, D. W. (1949). Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978. p. 313-340.

_____. (1950). Agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978. p. 355-374.

_____. (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: _____. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 13-44.

_____. (1960). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p. 128-139.

_____. (1962). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p. 55-61.

_____. (1963). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990, p. 163-174.

_____. (1989). O medo do colapso (Breakdown). In: _____. *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Tradução de J. O. A. Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____. (1968). Sum: eu sou. In: _____. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 41-51.

_____. (1960). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In: _____. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 21-28.