

RESUMO

A relação terapeuta-paciente em psicanálise dá-se para além do setting analítico, incluindo a produção onírica, entre outros conteúdos. Este artigo relata a experiência formativa de uma terapeuta que, durante as entrevistas iniciais com a família de uma paciente infantil, foi capaz de capturar a essência subjacente do que foi dito e converter esse conteúdo em material onírico. Essa elaboração serviu de esteio para a apropriação realizada pelos pais nas sessões seguintes. A partir dessa nova condição, o desenvolvimento saudável da criança tornou-se possível e desejado. Discute-se a importância do processo do sonhar como parte essencial da própria existência.

Descritores: *psicanálise; entrevistas iniciais; sonho*

SONHAR-SE EXISTINDO: A PRODUÇÃO ONÍRICA EM UM ATENDIMENTO INFANTIL COMO REVELADORA PARA A COMPREENSÃO CLÍNICA

Carolina Araújo Tavares
Sandra Aparecida Serra Zanetti
Maíra Bonafé Sei

DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v22i2p354-369>.

Este artigo refere-se ao trabalho desenvolvido em um projeto de extensão e pesquisa que visa oferecer aos pais de crianças, encaminhadas para a clínica psicológica de uma universidade pública, o “Grupo Terapêutico de Mediação”. Considerando

■ Graduanda da Universidade Estadual de Londrina (UEL),
Londrina, PR, Brasil.

■ ■ Docente adjunta no Departamento de Psicologia e
Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina,
PR, Brasil.

■ ■ ■ Docente adjunta no Departamento de Psicologia e
Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina,
PR, Brasil.

que a psicanálise de casal e família compreende que muitas vezes a sintomatologia da criança reflete conflitos existentes no âmbito conjugal e parental (Gomes, 1998), ressalta-se a importância das entrevistas iniciais com os pais e o psicodiagnóstico interventivo com a criança, visto que por meio de interpretações e assinalamentos do terapeuta, é possível a emergência e a elaboração de conteúdos inconscientes e também uma melhora terapêutica para os pais e para a criança. A triagem de cada caso consiste nas entrevistas semidirigidas com os pais, sessões lúdicas com a criança e uma sessão devolutiva com os pais.

Tem-se como objetivo, a partir de autores psicanalíticos contemporâneos, demonstrar como a disponibilidade interna do terapeuta nesse processo de entrevistas iniciais pode possibilitar que sua mente funcione como um depósito das questões inconscientes dos pais, podendo proporcionar elaborações significativas para a compreensão do sintoma da criança pelos pais por oferecer a estes um suporte emocional. Para isso, será relatado um caso clínico em que a terapeuta teve um sonho relacionado à história da criança no processo das entrevistas iniciais, no sentido de abordar como esse material psíquico pôde contribuir para uma melhor compreensão do caso, ao ser capaz de sonhar sonhos não sonhados ou interrompidos.

Entrevistas iniciais

As entrevistas iniciais com os pais, associadas ao psicodiagnóstico da criança, consistem em uma técnica utilizada durante a triagem infantil. Compreende-se que esse processo detalhado das entrevistas é revelador do funcionamento do grupo familiar, uma vez que se obtêm dados referentes ao histórico da criança – desde a gravidez –, o dia de vida, as relações familiares e aspectos relacionados ao sintoma por ela apresentado (Aberastury, 1982), possibilitando uma integração dos pais ao processo do atendimento infantil.

De acordo com Scaglia, Mishima e Barbieri (2011), sabe-se que o processo das entrevistas iniciais proporciona a expressão de conteúdos inconscientes a respeito da enfermidade e cura da criança, como também permite ao terapeuta o entendimento acerca dos recursos psíquicos e limitações dos pais – uma vez que as relações entre pais e filhos na contemporaneidade estão permeadas de dúvidas e angústias frente à tarefa de educar, o que incide de forma significativa no desenvolvimento emocional dos filhos (Wagner, 2003; Zanetti, 2008). Assim, é válido ressaltar que, muitas vezes, os pais levam os filhos para atendimento não somente pelo desejo de solucionar os sintomas da criança, mas também devido a ansiedades persecutórias diante da dificuldade de contato com ela. Nesse momento, é fundamental que o terapeuta responda não somente às necessidades dos filhos, bem como às dos pais, servindo de suporte para que estes possam se apropriar das questões emergidas durante o processo (Scaglia, Mishima & Barbieri, 2011).

No que se refere à sessão lúdica, é importante salientar que é por meio do brincar que a criança se expressa e tenta dar conta da realidade, simbolizando conflitos psíquicos por ela vivenciados. Segundo Aberastury (1986), é na hora do jogo que a criança comunica sua fantasia inconsciente de doença e cura, sendo que o aparecimento imediato desta indica o temor referente à repetição dos objetos originários que provocaram a enfermidade. Vale ressaltar que a sessão individual com a criança também é muito importante para que o terapeuta possa analisar os dados trazidos pelos pais e os obtidos durante a sessão lúdica, a fim de uma melhor interpretação da dinâmica familiar.

É possível constatar que o processo psicodiagnóstico é um fator promotor de mudanças, auxiliando na qualidade de vida tanto do paciente quanto de sua família. Lazzari e Schmidt (2008) apontam os benefícios deste processo quando realizado com a criança, e também para a percepção dos pais em relação a tais melhoras. Nota-se, a partir do psicodiagnóstico, que o vínculo entre pais e filhos se torna mais eficaz, melhorando a expressão da afetividade em detrimento da ansiedade e agressividade nas crianças, bem como maior responsabilidade, atenção e organização no que concerne às atividades escolares.

Entende-se como um progresso da psicoterapia quando crianças conseguem se desvincilhar e elaborar as projeções das quais são objeto dentro da família. No entanto, faz-se necessário pontuar que este movimento é muitas vezes tido como negativo para os pais. Isso sugere a não elaboração das próprias fantasias e projeções inconscientes em relação ao filho, o que pode influenciar na interrupção do processo terapêutico da criança (Berger, 1989).

Portanto, pode-se assinalar que o processo das entrevistas iniciais no contexto do atendimento infantil é de fundamental importância, pois proporciona benefícios terapêuticos para as relações familiares como um todo, no sentido

de que os pais passam a estar mais conscientes de que a relação estabelecida com a criança – junto a um ambiente acolhedor – auxilia seu desenvolvimento saudável.

Disponibilidade interna do terapeuta

Entende-se que a regra fundamental da psicanálise consiste na associação livre feita pelo paciente, na qual este fala sobre tudo que lhe vier à mente. Concomitantemente, faz-se necessário que o terapeuta/analista possua uma escuta clínica sensível, uma vez que esta viabiliza o acesso à dimensão inconsciente. Esta escuta, que não se limita ao que é verbalizado, possibilita um processo de simbolização para o paciente, bem como promove uma vivência integradora na travessia analítica.

Segundo Bastos (2009), a escuta é ativa, colocando o sujeito em movimento, defrontando-o com a satisfação e a descoberta de seu próprio saber inconsciente. Assim, cabe ao analista orientar-se para a singularidade do sujeito, possibilitando que este se expresse, fale e implique seu desejo – sendo que, através da atenção e curiosidade presentes na escuta, o analista é capaz de intervir e fazer indagações que podem revelar algo novo para o paciente, impulsionando-o a pensar de forma diferente, suspendendo suas verdades e surpreendendo-se com a nova realidade que encontra. Bastos ainda discorre sobre a importância dessa escuta sensível ao longo do desenvolvimento infantil, visto que a criança aprende a internalizar o que os adultos pensam e suas concepções a respeito dela própria, tendo dificuldade de se desvincular disso. Portanto, sua singularidade poderá emergir, desenvolvendo-se de maneira segura e saudável, à medida que uma escuta de seu lugar e de sua voz seja possibilitada.

Os conceitos de transferência e contratransferência, considerados fenômenos inerentes a toda análise e também ferramentas fundamentais na prática psicanalítica, são de suma importância para a compreensão da clínica psicanalítica. Para o entendimento deste trabalho, faz-se

necessário discutir a noção de contratransferência em Freud, bem como em outros autores contemporâneos.

Freud (1910), em seu texto “As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica”, discorre sobre as inovações da técnica da psicanálise, abordando a contratransferência como um conjunto de reações emocionais inconscientes do analista frente ao investimento afetivo do paciente. O autor ressalta que essas reações emocionais podem interferir no processo analítico, portanto, tais sentimentos deveriam ser reconhecidos e controlados pelo analista, não transparecendo ao paciente. Nas palavras de Freud (1910):

As outras inovações na técnica relacionam-se com o próprio médico. Tornamo-nos cientes da “contratransferência”, que, nele, surge como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência, em si mesmo, e a sobrepujará (p. 150).

Ainda que frise a importância do domínio das reações contratransferenciais frente ao paciente, Freud (1910) postula que estas não podem ser evitadas, uma vez que o inconsciente do analista é uma ferramenta crucial na investigação do psiquismo do paciente, tendo função semelhante à de um órgão receptor, pois captura o discurso inconsciente a partir da escuta flutuante (Freud, 1912). Assim, entende-se que o inconsciente do

analista se torna parte da relação terapêutica, na medida em que afeta e é afetado pela situação transferencial.

Contudo, de acordo com Wolff e Falcke (2011), o conceito de contratransferência, após sua criação, ocupou por quase 40 anos um lugar periférico dentro da psicanálise. Isso, segundo os autores, provavelmente pelo fato de Freud tê-la julgado prejudicial ao tratamento. O conceito só voltou a ser retomado após a Segunda Guerra Mundial, que “permitiu aos analistas contactarem com uma grande variedade de problemas mentais fora do território estritamente neurótico, o que lhes proporcionou experimentar emoções extremamente perturbadoras” (Leitão, 2003, p. 177).

Ainda de acordo com Wolf e Falcke (2011) e Leitão (2003), Paula Heimann foi uma das “descobridoras” da contratransferência. Em 1950, ela publicou um artigo no qual atribuía ao paciente a criação da contratransferência – ou seja, para ela, os sentimentos despertados no analista provinham do analisando. Heimann ainda evidenciou a necessidade premente do analista consultar sua resposta emocional para aceder ao inconsciente do paciente.

Desde então, muitos autores, a partir da década de 1950, debruçaram-se sobre esse tema, e a contratransferência passou a ser entendida como um dos principais fatores de mudança no tratamento analítico, além de um instrumento de trabalho (Wolf & Falcke, 2011). “A contratransferência

permite que o analista escute, através de seus sentimentos, não só o que o paciente diz, mas, mais ainda, o que ele não diz” (Zaslavsky & Santos, 2005, p. 293).

Nesse sentido, pode-se afirmar atualmente que a contratransferência é entendida como inter-relacional e fruto da relação intersubjetiva entre a dupla terapeuta/paciente, uma vez que são levadas em consideração não somente as reações e emoções do paciente, mas também a pessoa do analista e a influência de suas características pessoais no processo de análise (Wolf & Falcke, 2011). Conforme apontam Zaslavsky e Santos (2005, p. 295), “a contratransferência do analista envolverá uma criação conjunta de contribuições do paciente e do analista, que pode refletir o mundo interno do paciente”.

Partindo da ideia de que o analista compõe o processo terapêutico e também de que este processo depende do que está sendo criado no enlace entre analista e analisando, Sampaio (2005, citado por Wolf & Falcke, 2011) argumenta que a contratransferência representa um instrumento de elaboração de *insights* que pode vir a ser do conhecimento do paciente. Isso ocorre, segundo o autor, quando o analista capta inconscientemente o que o paciente está comunicando, introjetando e elaborando esses conteúdos, de forma a compreender o paciente dentro de si. Assim, é possível que o analista comunique ao paciente o que sentiu contratransferencialmente, oferecendo um sentido a fim de que o paciente se aproprie dos conteúdos emergidos em sessão.

Dentro desse panorama, Zambelli, Tafuri, Viana e Lazzarini (2013) discorrem sobre a importância de o analista vivenciar os sentimentos emergidos na relação terapeuta/paciente, tornando possível um melhor entendimento acerca dos processos psíquicos conscientes e inconscientes que permeiam a transferência, bem como possibilitando a escuta e compreensão empática do paciente.

Dessa forma, ainda segundo os autores acima, podem-se afirmar dois aspectos essenciais da contratransferência do analista: a sensibilidade e o tato psicológico. A sensibilidade tem a finalidade de permitir ao analista uma compreensão mais profunda a respeito das vivências emocionais do paciente, que muitas vezes não são expressas por meio de palavras. Já o tato psicológico diz respeito à capacidade do analista de saber o que, quando e como comunicar algo ao paciente, propiciando o manejo da transferência e contratransferência no contexto terapêutico. Vale salientar também que concerne ao analista desenvolver sua sensibilidade analítica para sentir contratransferencialmente as projeções inconscientes do paciente, podendo suportá-las e utilizá-las para elaborar os conflitos inconscientes junto a este a partir de interpretações e manejos analíticos (Ferenczi, 1928 citado por Zambelli et al., 2013).

Autores como Kaës (2011) e Zimerman (2000) também concordam que a contratransferência é um fenômeno constituinte e inevitável no processo analítico, englobando não só as reações emocionais do terapeuta, mas também seus

pensamentos, sentimentos e sensações. Botella (2012) considera que os sonhos do analista são efeitos da contratransferência, veiculando elementos que possibilitam a descoberta de zonas psíquicas do paciente, o que permite ao analista conhecê-lo em um nível mais profundo, inconsciente (Zanetti & Guimarães, 2014).

Segundo Freud (1900), a produção onírica dos sonhos é um material precioso no processo de análise, porque condensa, em forma de imagens, informações inconscientes sobre o paciente, que podem ser trabalhadas por meio dos relatos no contexto terapêutico. Portanto, o sonho é considerado um importante objeto de análise e interpretação.

Contudo, para que seja possível compreender como o sonho pode ser um elemento de compreensão sobre o material clínico, faz-se necessária a leitura do funcionamento mental feita por autores como Bion (1961) e Ogden (2010). De acordo com Bion (1961), uma das tarefas do terapeuta consiste no que ele nomeia de “função *rêverie*”, ou seja, o ato de auxiliar o paciente a transformar elementos “beta” em elementos “alfa”. Segundo o autor, a função-alfa é responsável por integrar as sensações provindas dos órgãos dos sentidos – elementos beta – com as experiências emocionais, transformando-os em elementos alfa, que podem ser ligados entre si no processo consciente e inconsciente de pensar e de sonhar, viabilizando os pensamentos oníricos, sonhos, memórias e funções do intelecto. Já os elementos beta correspondem às experiências sensoriais primitivas e caóticas sem ligação entre si, não possibilitando a diferenciação entre consciente e inconsciente, fantasia e realidade e a produção dos sonhos. Nas palavras de Bion (1961):

A falha na função-alfa significa que o paciente não é capaz de sonhar e, portanto, não consegue dormir. [Visto que] a função-alfa torna as impressões sensoriais da experiência emocional disponíveis para [pensamento] consciente e pensamento-onírico, o paciente que não é capaz de sonhar não é capaz de dormir e, assim, não pode despertar. Daí a condição peculiar, observada

na clínica, de que o paciente psicótico se comporta como se estivesse precisamente neste estado (p. 6).

Bion (1961) discorre sobre a função *rêverie* em seu texto “Uma teoria do pensar”, assinalando que essa seria a função da mãe em relação a seu bebê – ou seja, significa a capacidade da mãe de captar através de um estado de sonho e intuição o que se passa com seu filho, acolhendo, contendo e fazendo ressonância ao que é projetado dentro dela, dando sentido aos elementos beta, devolvendo elementos alfa nomeados e significados. De acordo com essa teoria, a consciência de si depende da função alfa, no sentido de que a formação de símbolos possibilita que o sujeito lide com a frustração, bem como desenvolva a capacidade de abstração e criatividade, inserindo-se no mundo do simbólico (Fochesatto, 2013).

Embasando-se em Ogden (2010), entende-se que o sonho é um processo constante que ocorre tanto no sono quanto no estado de vigília inconsciente. Uma pessoa que não é capaz de transformar elementos beta em elementos alfa é incapaz de gerar pensamentos-sonho inconscientes, não podendo sonhar – o que caracteriza o quadro de pacientes mais graves. Para o autor, o sonho é o produto da capacidade associativa e elaborativa da mente, sendo que o papel do analista seria o de auxiliar o paciente a recuperar sua capacidade de sonhar seus sonhos não sonhados

ou interrompidos. Os sonhos interrompidos referem-se aos pesadelos, que constituem impressões sensoriais brutas ligadas às experiências emocionais, produzindo assim um registro psíquico com significado – ou seja, quando a pessoa acorda, mesmo sentindo medo, é capaz de contar e pensar sobre o que sonhou. O autor assinala que esse tipo de sonho possibilita o crescimento psicológico, mas só até onde é interrompido, pois naquele momento a capacidade do indivíduo de gerar “pensamentos-sonho e sonhá-los é sobrepujada pelos efeitos perturbadores da experiência emocional sendo sonhada” (Ogden, 2010, p. 20). Portanto, cabe ao analista e também ao psicoterapeuta que trabalha em uma linha analítica a

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

Segundo Ogden (2010), a situação analítica é composta pelo analista, pelo paciente e pelo “terceiro analítico intersubjetivo”, que é produto da comunicação inconsciente entre analista e paciente. O autor ressalta que, desde o início da situação analítica, os

sonhos e devaneios não são exclusivamente seus nem do paciente – e sim desse terceiro sujeito, que é tanto os dois quanto nenhum deles. Portanto, a função do analista refere-se a tornar-se consciente das experiências do “terceiro analítico” e simbolizá-las verbalmente para si mesmo, para que se possa comunicar essa experiência inconsciente a seu paciente que, sozinho, não era inteiramente capaz de sonhá-la/pensá-la (Ogden, 2010).

É importante pontuar que, à medida que o analista participa no sonhar dos sonhos interrompidos ou não sonhados do paciente, passa a conhecê-lo profundamente. Frente a esse relacionamento inconsciente, o paciente pode manifestar certas ansiedades e defesas. No entanto, o analista deve se utilizar dessa comunicação a fim de auxiliar o analisado em uma elaboração psicológica, consciente e inconsciente a respeito de suas experiências emocionais, de modo que o paciente possa vivenciar ao máximo a plenitude da existência humana, tornando-se mais capaz de sonhar sua própria experiência, ou seja, sonhar-se existindo (Ogden, 2010).

Em seguida será relatada a experiência de um atendimento clínico em que a terapeuta, graduanda do curso de psicologia, teve um sonho relacionado à história da criança, por meio do qual foi possível captar a essência subjacente ao que estava sendo dito nas sessões, inclusive porque, no encontro seguinte, o sonho da véspera foi apropriado e relatado pelos pais da paciente. A hipótese, contudo, é a de que isso só pode acontecer quando um terapeuta se mostra disponível para receber o conteúdo inconsciente que o paciente – neste caso, os pais – nele deposita, sendo capaz de elaborar esse conteúdo e devolvê-lo de forma mais elaborada por meio da função *rêverie*.

Caso clínico

Na primeira sessão com os pais, ambos relatam a queixa referente à filha de oito anos, nascida com espinha bífida, uma malformação congênita da coluna vertebral que acarreta inúmeros riscos de vida à criança ao longo de seu desenvolvimento tanto físico quanto intelectual. Os pais relatam que durante toda a infância da filha recorreram a inúmeros médicos, tratamentos e viagens em função de sua condição, e que, atualmente, a menina apresenta apenas um quadro de incontinência urinária e fecal. A mãe comenta que a filha tem que usar fraldas ao longo do dia, mas que, na escola, quase todos os dias, retira as fraldas ao chegar, jogando-as no lixo. Segundo a mãe, há momentos em que a filha consegue segurar suas necessidades e há momentos em que parece se valer

da incontinência. Portanto, a demanda parental consistia em saber a origem do sintoma da filha, se biológica ou psicológica.

Durante o início do processo, os pais mostraram-se muito compromissados, vindo sempre juntos às entrevistas e comparecendo a todos os encontros marcados. No discurso da mãe, foi possível notar um sentimento de culpa, pois uma das hipóteses da causa da malformação congênita referia-se à falta de uma vitamina no processo da gravidez – além disso, a mãe costumava comparar a filha com as três irmãs mais velhas, perguntando-se o porquê de somente esta ter nascido com tal condição. Apesar de ambos afirmarem que a menina era muito esperta e comunicativa, pôde-se perceber que geralmente referiam-se a ela nos quesitos relacionados à doença, aos cuidados exaustivamente necessários e às dificuldades frente ao educar, o que fomentou a hipótese da terapeuta, junto à supervisora, de que a criança não era vista para além de sua doença, ou seja, em suas qualidades, preferências e em seu brincar, como um sujeito. A terapeuta, na véspera da terceira sessão, teve o seguinte sonho:

Ela vai até a casa da família para conhecer sua paciente. Quando chega, ela está brincando e logo vem a seu encontro para lhe abraçar e beijar. A terapeuta pensa que, em virtude de uma postura profissional, precisa manter certa distância. Nesse momento, a criança lhe olha com uma feição muito triste, alegando que a terapeuta estava com nojo dela, nojo de tocar nela. Em seguida, a criança se enfurece e passa a gritar com a terapeuta, que tenta abraçá-la, mas a menina já não quer mais. Sua feição muda de triste para medonha e, em meio a gritos, o sonho é interrompido.

No próximo encontro, a mãe relata à terapeuta uma situação cotidiana na dinâmica familiar. Comenta que sua filha, por ser a mais nova da casa, todas as noites acaba seus afazeres mais cedo, mas se recusa a dormir enquanto há alguém acordado. Continua contando que a criança costuma ficar ao lado de alguém da família, vendo o que este está fazendo. Fica tão próxima que chega a colar seu rosto no outro, até que a pessoa se irrite e a mande ir para outro familiar. Isso ocorre até todos interromperem seus afazeres e ir para a cama. O modo

como isso foi relatado para a terapeuta a fez pensar em uma criança incômoda, que chega a causar uma sensação de desconforto, tal como a cadeira reservada na sala para a criança, que, segundo a mãe, é toda suja, em razão da menina estar sempre cheirando a fezes.

Por meio da análise desse sonho, juntamente à teoria estudada, foi possível compreender o lugar e consequentemente a reivindicação da criança em meio à dinâmica familiar. Isso porque a hipótese da terapeuta e da supervisora consistia em que, de fato, o sintoma era de origem psicológica, visto que a criança deveria sentir-se quase abandonada em meio a tantos cuidados com sua doença e a higiene de seu corpo. Ou seja, a criança buscava um lugar de existência como sujeito na família, para além de sua doença. Para confirmar essa hipótese, há vários elementos trazidos pelos pais para a sessão, como a vontade de que a menina em breve pudesse se cuidar sozinha, pois *“logo ela fará dez anos e já será uma moça, vai arrumar um namorado, sair com seus amigos e precisa se virar sozinha”*. Dessa forma, entendeu-se o sintoma como um pedido da criança para ser olhada e amada pelos pais, como uma reivindicação de afeto por meio de um movimento regredido do corpo, sinalizando que ainda precisava ser cuidada. Na verdade, era mais do que isso.

Em seu sonho, a terapeuta acaba adotando uma postura profissional diante da menina, uma postura quase impessoal, técnica – a mesma, conjecturamos, adotada pelos pais. É importante notar que, no discurso dos pais, ficou acentuado o quanto se sentiam preocupados com a filha, levando-a para médicos quase todos os dias desde que nasceu, o que fazia transparecer uma conduta de muitos cuidados. Portanto, tal como apontado por vários autores (Saad, 2007; Sampaio, 2005; Wolf & Falcke, 2011; Zambelli, Tafuri, Viana & Lazzarini, 2013; Zaslavsky & Santos, 2005), a análise da contra-transferência se faz essencial para que se possa captar a mensagem inconsciente que o paciente – nesse caso, os pais – traz com a mensagem consciente. É possível pensar que a menina trouxe muito trabalho para os pais num momento em que não pensavam mais em ter filhos,

é possível pensar no esgotamento físico e psicológico que seu nascimento lhes causou, e nada disso apareceu no discurso deles, provavelmente em razão de um sentimento de raiva que se traduzia num sentimento de culpa e impedia qualquer manifestação nesse sentido. Então, continuando a conjectura, a filha captava toda essa agressividade em forma de cuidado e a rerepresentava aos pais de uma forma bastante regredida, tal como o bebê, segundo Klein (1946/1991), manifesta sua agressividade: por meio das fezes. A sessão lúdica corroborou essa hipótese, porque, no primeiro encontro, a criança estava muito contida, tomando o máximo de cuidado para não desarrumar os brinquedos, provavelmente tendo em mente que a terapeuta poderia não ser capaz de suportá-la, ter paciência com ela, amá-la de forma integral. Contudo, após alguns assinalamentos nesse sentido, no segundo encontro extravasou sua agressividade e foi capaz de fazer muita bagunça, demonstrando também sua capacidade psíquica de se recuperar e de se beneficiar de um atendimento terapêutico.

Fazendo alusão à teoria discutida até então, entende-se que a terapeuta foi capaz de captar, pela comunicação inconsciente, a essência subjacente ao que estava sendo relatado pelos pais. Trata-se da função *rêverie* descrita por Bion (1961), a qual pôde transformar os elementos beta (sensoriais, brutos e sem significado), por meio do sonho, em elementos alfa (capazes de se

ligarem entre si e ganhar significado), convertendo-os em material onírico, passível de compreensão. Assim, a terapeuta pôde auxiliar os pais a sonhar “o aspecto do seu pesadelo que ainda está por ser sonhado” (Ogden, 2010, p. 22), possibilitando a elaboração psicológica de conteúdos inconscientes, como a dificuldade inerente de se cuidar de uma criança com tantas necessidades quando não se há disponibilidade interna para isso, e permitindo-os sonhar a existência da menina, seu nascimento como sujeito, liberando a possibilidade de amá-la.

Vale ressaltar que, no processo psicodiagnóstico com a criança, foi possível notar um desenvolvimento psíquico saudável, bem como uma apropriação consciente da própria dinâmica inconsciente, apontando que realmente seu sintoma era fruto das relações familiares. A criança fez um aproveitamento muito bom das sessões e com poucas intervenções já apresentou uma melhora em relação ao seu sintoma. Ao final do processo, os pais foram encaminhados para o grupo de pais, visando ao favorecimento de suas funções parentais, e a criança foi encaminhada para o atendimento individual infantil.

Considerações finais

Considerando que a produção onírica dos sonhos é uma importante ferramenta para a elaboração psicológica

de conteúdos inconscientes, autores como Bion (1961) e Ogden (2010) discorrem sobre como esse material psíquico pode ser utilizado para compreender os elementos emergidos na transferência-contratransferência, sendo que, ao participar do sonhar do paciente, o terapeuta é capaz de auxiliá-lo a viver sua experiência emocional de forma mais plena. Sendo assim, é possível entender o sonho da terapeuta oriundo da transmissão inconsciente entre esta e os pais como base para uma melhor interpretação do caso. Ao final do processo, notou-se um discurso modificado dos pais, que estavam mais conscientes de que a relação estabelecida com a criança tem grande impacto em seu desenvolvimento psíquico.

A partir da elaboração deste trabalho, ainda se destaca o diferencial para a formação de um estudante de psicologia quando a fundamentação teórica de abordagem psicanalítica o permite pensar sobre os conteúdos despertados pelo paciente por meio da contratransferência do que sente e pensa e suas impressões no *setting* analítico.

Isso, inclusive, porque as primeiras experiências clínicas para um graduando em psicologia normalmente são atravessadas por diversas ansiedades, fantasias e dificuldades referentes à situação clínica e ao relacionamento entre terapeuta/paciente (Machado, Sei & Zanetti, 2016). Dessa forma, faz-se necessário que o terapeuta responda às condutas e expressões do paciente, bem como esteja sensível às questões emergentes da contratransferência, propiciando um ambiente acolhedor e promotor de mudanças. Assim, compreende-se que a supervisão do atendimento clínico é capaz de favorecer a integração da intuição e sensibilidade do terapeuta juntamente ao conhecimento teórico, embasando a compreensão dos elementos latentes e manifestos presentes na relação terapêutica.

Portanto, conclui-se que a análise da contratransferência e da produção onírica do terapeuta é de extrema importância na formação clínica do estudante, à medida que permite que a psicanálise seja experienciada em profundidade, para além da teoria e da técnica estudada nos livros, por meio do estudo do próprio material inconsciente, possibilitando uma vivência rica e transformadora. ■

DREAMING OF EXISTING: ONIRIC PRODUCTION IN CHILD CONSULTING AS REVEALING TO THE CLINICAL UNDERSTANDING

ABSTRACT

The therapist-patient relationship in psychoanalysis goes beyond the analytic setting, including the oneiric production, among other contents. This article reports the formative experience of a therapist who during the initial interviews with the family of a child patient was able to capture the underlying essence of what was said and convert that content into dream material. This elaboration served as a mainstay for the appropriation carried out by the parents in the following sessions. From this new condition, the child's healthy development has become possible and desired. The importance of the process of dreaming is discussed as an essential part of existence itself.

Index terms: *psychoanalysis; initial interviews; dream.*

SONHARSE EXISTIENDO: LA PRODUCCIÓN ONÍRICA EN
UN ATENDIMIENTO INFANTIL COMO REVELADORA
PARA LA COMPRENSIÓN CLÍNICA

RESUMEN

la relación terapeuta-paciente en el psicoanálisis está más allá del encuadre analítico, incluyendo la producción onírica, entre otros contenidos. Este artículo relata la experiencia formadora de una terapeuta que durante las entrevistas iniciales con la familia de una paciente infantil, fue capaz de capturar la esencia subyacente de lo que se dijo y convertir ese contenido en material de sueño. Esa elaboración sirvió como pilar para la apropiación hecha por los padres en las siguientes sesiones. A partir de esa nueva condición, el desarrollo saludable del niño se hizo posible y deseado. Se discute la importancia del proceso de soñar como parte esencial de la propia existencia.

Palabras clave: psicoanálisis; entrevistas iniciales; sueño.

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A. (1982). *Psicanálise da criança teoria e técnica*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Aberastury, A. (1986). *Adolescência*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Bastos, A. (2009). A escuta psicanalítica e a educação. *Psicologo informação*, 13(13), 91-98. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092009000100006&lng=pt&tlng=pt.
- Berger, M. (1989). *Prática das entrevistas familiares*. Campinas, SP: Papirus.
- Bion, W. (1961). *Uma teoria do pensar*. In E. B. Spillius (Org.), *Melanie Klein hoje* (pp. 185-193). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Botella, S. (2012). O sonho do analista. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 19(1), 197-208.
- Fochesatto, W. (2013). Reflexões sobre a “teoria do pensar”, de Bion. *Estudos de Psicanálise*, (40), 113-117. Recuperado em 08 de setembro de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372013000200015&lng=pt&tlng=pt.
- Freud, S. (2006). A interpretação dos sonhos. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud*, (J. Salomão, trad., Vol. 4). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1900)
- Freud, S. (2006). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*

- de S. Freud, (J. Salomão, trad., Vol. 11, pp. 143-156). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1910).
- Freud, S. (2006). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud*, (J. Salomão, trad., Vol. 12, pp. 123-133). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1912)
- Freud, S. (2006). Observações sobre o amor transferencial. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud*, (J. Salomão, trad., Vol. 12, pp. 175-188). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)
- Gomes, I. C. (1998). *O sintoma da criança e a dinâmica do casal*. São Paulo, SP: Editora Escuta.
- Kaës, R. (2011). *Um singular plural: a psicanálise à prova do grupo*. São Paulo, SP: Edições Loyola.
- Klein, M. (1991). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In M. Klein. *Obras completas*, (Vol. 3, pp. 17-43). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1946)
- Lazzari, J., & Schmidt, E. (2008). Percepção dos pais em relação a mudanças após o processo psicodiagnóstico. *Avaliação Psicológica*, 7(2), 211-221. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000200012&lng=pt&tlng=es.
- Leitão, L. G. (2003). Contratransferência: Uma revisão na literatura do conceito. *Análise Psicológica*, 23(2), 175-183. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v21n2/v21n2a04.pdf>
- Machado, R. G., Sei, M. B., & Zanetti, S. A. S. (2016). Primeira experiência clínica em psicoterapia de casal e família: relatos de estudantes. *Argumentos Pró-Educação*, 1(1), 150-168. <http://dx.doi.org/10.24280/ape.v1i1.43>
- Ogden, T. (2010). Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos. In T. H. Ogden, *Esta arte da psicanálise. Sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos* (pp. 17-38). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Scaglia, A., Mishima, F., & Barbieri, V. (2011). Entrevista familiar como facilitadora no processo de triagem de uma clínica escola. *Estilos da Clínica*, 16(2), 404-423. Recuperado em 08 de setembro de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282011000200008&lng=pt&tlng=pt.
- Wagner, A. (2003). A família e a tarefa de educar: algumas reflexões a respeito das famílias tradicionais frente a demandas modernas. In T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas* (pp. 27-33). São Paulo, SP: Loyola.
- Wolff, C. & Falcke, D. (2011). A contratransferência na clínica psicanalítica contemporânea. *Análise Psicológica*, 29(2), 201-214. Recuperado em 04 de abril de 2017, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v29n2/v29n2a02.pdf>.
- Zambelli, C., Tafuri, M., Viana, T., & Lazzarini, E. (2013). Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. *Psicologia Clínica*, 25(1), 179-195. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652013000100012>
- Zanetti, S. A. S. (2008). *Efeitos da fragilização dos papéis parentais em determinados*

comportamentos de crianças no ambiente escolar, na contemporaneidade. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Zanetti, S. A. S., & Guimarães, J. A. (2014). O sonho de um supervisor em uma clínica-escola: contribuições da psicanálise. *Revista da SPAGESP*, 15(1), 79-94. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000100007.

Zaslavsky, J., & Santos, M. D. (2005). Contratransferência em psicoterapia e psiquiatria hoje. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(3), 293-301. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n3/v27n3a08>

Zimerman, D. E. (2000). *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre, RS: Artmed.

carolaraujotavares@gmail.com

Rua Paranaguá, 840/ 903
86020-030 – Londrina – PR – Brasil.

sandra.zanetti@gmail.com

Rua Elízio Turino, 400/ 33
86066-240 – Londrina – PR – Brasil.

mairabonafe@gmail.com

Rodovia Celso Garcia Cid, km 380 –
Campus Universitário
86057-970 – Londrina – PR – Brasil.

Recebido em novembro/2016.

Aceito em julho/2017.