

“QUEM SOU EU?”: AMBIENTOTERAPIA COMO RECURSO PARA O DELINEAMENTO DE BORDAS PSÍQUICAS¹

“Who am I?”: ambientotherapy as a resource for delineating psychic borders

VINÍCIUS PONTEL²

RESUMO: Os primeiros anos de vida são decisivos para a constituição do psiquismo. Falhas ambientais nessa fase inicial, se muito intensas, decorrem na interrupção da possibilidade integrativa do indivíduo. Realizado em um contexto de ambientoterapia, o presente trabalho objetiva compreender de que maneira esse modelo de tratamento pode ser um recurso para o delineamento de bordas psíquicas e limites diante da desintegração psíquica de crianças, que possivelmente estiveram postas às falhas mencionadas. Articulando os conceitos de frustração, onipotência e agressividade, é pretendido, a partir das ideias de *holding*, *handling*, apresentação de objetos e função de espelho, compreender a potencialidade de um novo ambiente favorável e confiável para o reinício de um processo de desenvolvimento que propicie o agir espontâneo e criativo.

PALAVRAS-CHAVE: Ambientoterapia. Bordas psíquicas. Onipotência.

ABSTRACT: The first years of life are decisive for the constitution of the psiquism. Environmental failures in this initial phase interrupt the individual's integrative possibility if very intense. Carried out in an ambientotherapy context, the present work aims to understand how this treatment model can be a resource for delineating psychic borders and limits in the face of the psychic disintegration of children, who were possibly exposed to the aforementioned flaws. Articulating the concepts of frustration, omnipotence and aggressiveness and based on the ideas of holding, handling, presentation of objects and mirror function, the study seeks to understand the potentiality of a new favorable and reliable environment for the restart of a development process that supports spontaneous and creative action.

KEYWORDS: Ambientotherapy. Psychic borders. Omnipotence.

¹ Trabalho desenvolvido no estágio de clínica do CEAPIA. Orientado por Ana Carolina Mello Pechansky.

² Estudante de graduação em Psicologia (PUCRS). Estagiário de Psicologia Clínica pelo CEAPIA

Introdução

Um dos elementos essenciais que regem o funcionamento mental é o de que a atividade psíquica objetiva evitar o desprazer e obter o prazer (Freud, 1911/1996). É um princípio econômico em que o desprazer está relacionado ao aumento das quantidades de excitação, e o prazer, à sua atenuação. A partir da leitura de Zimmerman (1999), compreende-se que o princípio do prazer descrito por Freud (1911/1996) direciona toda a ação psíquica e orgânica com a intenção de atingir um prazer idealizado, ignorando ou evitando as frustrações. O princípio da realidade, contudo, evidencia-se a partir da adaptação sociocultural e do surgimento das noções morais e éticas, onde o sujeito passa a compreender o funcionamento da descarga pulsional e, portanto, a respeitar os limites exigidos pela cultura, controlando a forma como se comporta.

O princípio da realidade não abandona a intenção de fundamentalmente obter prazer; entretanto, exige e efetua o adiamento da satisfação, o abandono de uma série de possibilidades de obtê-la, além da tolerância temporária do desprazer como uma etapa no longo e indireto caminho para o prazer (Freud, 1911/1996), culminando na capacidade simbólica e no abandono da onipotência infantil. Assim, pensando a partir de tais pressupostos, o que faz sofrer, portanto, é a frustração resultante do desencontro entre as exigências da pulsionalidade e as viabilidades de satisfação oferecidas ou “autorizadas” pelo entorno.

A partir da teoria do pensar de Bion, o autor refere que diante de uma experiência de frustração, o pensar surge como uma saída ou solução. Zimmerman (1955), ao explicar tal suposição, expõe que, caso o ódio resultante da frustração não exceda à capacidade do ego do cuidador de suportá-lo, o resultado será uma sadia formação do pensamento por meio do que Bion intitulou de função *alfa*, que integra as sensações advindas dos órgãos dos sentidos com as respectivas emoções. Todavia, se o ódio for excessivo, protopensamentos denominados de elementos *beta* (alívio imediato de descarga), caracterizados por experiências sensoriais primitivas e caóticas que não puderam ser pensadas, podem encontrar saída na agitação motora, em atuações ou somatizações.

Em contrapartida às conjecturas de Freud e Bion, Alvarez (1992/2020) discorda que “fundamentalmente é por meio de frustração, ausência, separação e condição de estar separado que a realidade surge e o pensamento nasce” (p. 142). A autora propõe que tornar um pensamento pensável também pode ocorrer em torno de pensamentos prazerosos e alegres, argumentando que, por mais que a frustração seja uma possível promotora da aprendizagem, surpresas agradáveis possuem tanta possibilidade de estimular quanto as desagradáveis (Alvarez, 1992/2020). A partir do encontro com um objeto que é humano e vivo, a autora expõe que a surpresa pode evocar satisfação.

Winnicott, por sua vez, redefine as relações do indivíduo humano não somente com seus “objetos”, ou seja, com outros seres humanos, mas com seu mundo. Segundo o autor, todo ser humano necessita estar alojado em um am-

biente que lhe facilite a resolução das tarefas específicas da fase do amadurecimento em que se encontra; entre elas, a tarefa de estabelecer, preservar ou modificar suas relações com objetos (Winnicott, 1963/1983). É nesse ambiente que as necessidades iniciais do ego do bebê serão contempladas, sendo capaz de proteger o “vir-a-ser” (Winnicott, 1963/1983) e o “continuar a ser” (Winnicott, 1958/2000). O processo do “vir-a-ser”, se amparado pelo ambiente, beneficiará a tendência natural do bebê em “se tornar uma unidade integrada, capaz de ter um *self* com um passado, um presente e um futuro” (Winnicott, 1963/1983). Tal sustentação fornece uma borda para a experiência do existir, referindo-se às fronteiras ou limites que definem a identidade e a integridade do *self*.

Durante a etapa inicial do desenvolvimento infantil, nomeada por Winnicott de “dependência absoluta”, tudo deve se passar na área de onipotência do bebê, onde há a indiferenciação entre “eu” e “não eu”. Em outro paradoxo, Winnicott (1968/1999) menciona que é primordial que a criança acredite no mundo como criação sua. Todavia, isso só poderá ocorrer se o objeto real e externo se apresentar. Em outras palavras, para que o bebê possa se manter em um estado de onipotência que o protege nesse período, sem tomar conhecimento da existência da externalidade e construindo-se com base na experiência de confiabilidade, é necessário que a “mãe suficientemente boa” atue com a sua capacidade de identificação e adaptação, percebendo as necessidades de seu bebê.

Nessa etapa, o bebê é desprovido de razão ou intencionalidade (Winnicott, 1958/2000). Sua motilidade será, em condições esperadas, despendida nas experiências instintivas. O restante dessa motilidade, que não puder ser consumido, precisará encontrar, no ambiente, a oposição que fará com que a descarga do impulso se converta em uma experiência. Será essa oposição que dará realidade ao impulso agressivo. De acordo com Winnicott (1958/2000), quando o eu e o não eu estão se constituindo, o componente agressivo é o que possibilita a condução do indivíduo rumo a um objeto ou a um não eu que ele sentirá como externos.

Ao oferecer oposição ao impulso agressivo da criança, na medida correta, o ambiente permite que o sentido de real vá, gradativamente, sendo construído e estabelecido. Entretanto, se o ambiente oferta oposição em excesso ou impõe-se ao impulso da criança, esse impulso será inibido e a imposição do ambiente será sentida como uma invasão. Nesse caso, a criança passará a precisar da oposição não para dar realidade ao seu gesto, mas para ser a própria fonte de sua reação motora, deixando de agir com espontaneidade (Winnicott, 1968/1999).

Para que seja possível a expressão da espontaneidade e da criatividade primária, é fundamental que o ambiente possibilite ao bebê a experiência de ilusão da onipotência. Esse território é fundamental para a construção recíproca da realidade interna e externa, supondo, por parte do indivíduo, que o seio que lhe é apresentado e o cuidado que lhe foi rejeitado foram por ele produzidos e estão sob seu controle onipotente (Winnicott, 1968/1999). Quando o ambiente falha na adaptação, além de a zona ilusória entre realidade pessoal e mundo externo

não se constituir, uma reação no bebê ocorre. Caso reagir às falhas se torne um padrão de vida da criança, o processo de vir-a-ser estará comprometido.

Desse modo, Winnicott (1975) postula que as falhas ambientais na fase de dependência absoluta redundam no desbotamento da imagem interna pelo bebê ou, se muito intensa, acarretam o apagamento da imagem e a interrupção da possibilidade integrativa do indivíduo, onde ele se verá diante de um grande vazio. Havendo influências externas à relação da mãe com seu bebê, em que ambos são impedidos de aprenderem sobre si a partir da díade e impelindo-os a se deixarem invadir pelo mundo externo antes da possibilidade de o bebê lidar com a externalidade, o sentido da criança de temporalização subjetiva estará comprometido.

Partindo dos pressupostos supracitados, o presente trabalho visa articular os conceitos de onipotência, frustração e agressividade, tendo, como dispositivos de análise, duas vinhetas de atendimentos de duas crianças, Cecília e Olívio,³ durante um período de tratamento em ambientoterapia. Tal modelo possui características específicas, sendo uma modalidade de atendimento em grupo, que trabalha o ambiente como principal fator terapêutico (Amaral et al., 2015). Além da maior frequência e de o período dos encontros serem mais longos, ele é organizado a partir de uma rotina estruturada, em que atividades de vida diária e lazer são incluídas como ferramentas de intervenção, havendo, por exemplo, espaços para lanche, higiene pessoal e pátio. Ante o exposto, o trabalho objetiva compreender de que maneira o modelo terapêutico citado pode ser um recurso para o delineamento de bordas psíquicas e limites diante da desintegração entre eu e não eu, referente às possíveis falhas primárias dos pacientes.

Vinheta 1: Cecília, a melancia

A primeira atividade do dia foi o jogo “Quem eu sou?”, que objetiva que cada participante tenha um personagem e, a partir de perguntas, adivinhe-o. Foi combinado que cada componente do grupo iria retirar uma carta contendo um personagem, assim sucessivamente até todos ocuparem o papel de adivinhador. Entretanto, em um momento em que era a vez de outro paciente retirar a carta, Cecília se apresenta bastante irritada e começa a chorar, expondo que queria que fosse a sua vez. Cecília grita incessantemente e demonstra incômodo a partir da impossibilidade de ser a primeira.

Cecília se levanta e chuta uma das cadeiras da sala, que cai. Deita-se sobre a mesa e, em seguida, no chão. Recorre a chutes para tentar afastar os terapeutas que se aproximam. Devido a seu nível elevado de agitação, Cecília é acompanhada por dois terapeutas a um novo espaço, sem a presença do restante do grupo. Ao chegar, ainda agitada, para de chorar e menciona querer desenhar.

³ Todos os dados foram alterados para a preservação do sigilo dos pacientes.

Esse desejo foi ao encontro da próxima atividade prevista para o dia, que tinha como objetivo desenhar uma máscara e recortá-la. Na frente, deveria ser desenhada a forma como cada paciente se percebe fisicamente. No verso, em contrapartida, a ideia foi escrever ou desenhar características que dizem sobre a forma como eles percebem seus conteúdos internos e como compreendem o mundo. Cecília desenhou uma melancia.

No momento do lanche, comeu em companhia dos dois terapeutas, que experimentaram trabalhar com ela as diferentes texturas e aspectos sensoriais advindos das frutas que compunham o cardápio do dia. Posteriormente, diz que só retornaria para a sala do grupo se um dos pacientes aceitasse jogar um determinado jogo. Ele aceita e Cecília retorna, participando do momento de forma isolada, sem compartilhar suas confecções.

Vinheta 2: Olívio, o pedaço de bolo

De forma combinada previamente com os pacientes, a atividade foi cinema. O filme escolhido foi uma animação que se passa em uma sociedade extraordinária, na qual todos os diferentes grupos vivem em completa harmonia. Na história, há um personagem espirituoso e vivaz, mas que tem um temperamento um pouco “quente” e, quando se percebe em uma situação de extrema raiva, explode e expelle fogo por todos os lugares. Quando questionado por um dos terapeutas sobre qual o personagem do filme mais gostava, Olívio, que já havia assistido à produção, responde o nome do personagem supracitado. Também diz que o filme é triste.

Após um período assistindo ao filme, foi feita uma pausa para o lanche, que era pipoca e um pedaço de bolo. Olívio rejeita a pipoca e come apenas o pedaço de bolo. Diz que quer mais um pedaço, mas, como havia sido acordado, os terapeutas expuseram que não seria viável. Diante da impossibilidade, o paciente expõe: “Por favor, me deixa comer mais um pedaço, eu só quero mais um pedaço, estou com fome”. Sua fala é acompanhada por uma mudança de entonação e por um choro que parece representar uma angústia.

Olívio não conseguiu retornar para a sala ao término do lanche. Em uma tentativa de propiciar um ambiente em que o paciente pudesse se organizar psiquicamente, dois terapeutas permaneceram com ele para a realização de um desenho sobre a produção cinematográfica. Olívio desenhou um carro. Em seguida, levantou-se e disse que queria dançar, mas nenhuma música que era escolhida parecia suficiente. Olívio se demonstrou irritado e empurrou os terapeutas, parecendo não conseguir controlar efetivamente o corpo.

Olívio se acalmou por um momento, mas logo a agitação psicomotora iniciou-se novamente. Começou a correr pelo pátio e entrar na sala onde estava sendo transmitido o filme. Olívio foi ao centro do projetor e ficou parado na frente da imagem. Depois saiu da sala e tentou algumas vezes falar pela janela

o final do filme. Por fim, ao perceber que a animação estava acabando, adentrou e sentou-se em uma das cadeiras, permanecendo em silêncio no lugar até o encerramento. Olívio pareceu conseguir retornar apenas no trecho que reporta ao final feliz.

Tecendo articulações teórico-clínicas

À luz das vinhetas, o primeiro ponto a ser discutido é a vivência da frustração como resultado do impedimento da obtenção do prazer e, portanto, da satisfação do desejo. Cecília e Olívio, de acordo com essa colocação, apresentam o impulso agressivo como reatividade. Para Winnicott (1958/2000), é óbvio que a frustração provoca raiva; contudo, na teoria dos estágios iniciais, é preciso uma preparação para o encontro de uma agressão que precede a integração do eu, que tornará possível, em um estágio posterior, a raiva pela frustração instintual e que faz com que a experiência erótica seja uma experiência.

Nesse sentido, a frustração e a agressividade experienciadas pelos pacientes, que decorrem da impossibilidade de se afastarem da onipotência, são frutos de possíveis falhas primeiras nas relações inaugurais que influíram no processo de vir-a-ser. São fenômenos que são visualizados no cenário e que dizem respeito aos estágios primitivos do funcionamento dos pacientes, em que não há diferenciação entre o eu e o outro e, tampouco, a consolidação da alteridade. Assim, nesses estágios, a agressividade, em suas raízes, não pode ser associada automaticamente ao ódio ou ao amor. Winnicott (1958/2000) expõe que amar ou odiar são conquistas de um ser humano que já integrou sua impulsividade em um eu unitário e que, portanto, já pode discriminar o eu e o outro.

Originalmente, o impulso agressivo não está direcionado ao ambiente, afinal, este ainda não pode ser reconhecido como existindo separadamente da criança. Na dependência absoluta, mesmo quando já se iniciou o processo de desilusão da onipotência e o lento caminhar em direção à integração dos impulsos, a agressividade é utilizada de modo impiedoso, pois a criança não terá condições de odiar um objeto e tampouco de cuidá-lo. A partir disso, é possível compreender que a agressividade de Cecília e Olívio provavelmente não possui, ainda, um propósito agressivo, mesmo que ela possa ser interpretada pelo ambiente dessa maneira. Ela parece ser desprovida de razão ou intencionalidade.

Dessa forma, a irritação, os gritos, os chutes e os empurrões postos em cena, para Winnicott não são passíveis de serem correlacionados à agressividade, já que são remetidos aos estágios iniciais. Segundo o autor, o termo só faz sentido quando a ação é movida por um propósito. Não se pode afirmar que Cecília e Olívio estejam tentando ferir, porque ainda não estão suficientemente amadurecidos para que a agressividade já possa significar alguma coisa (Winnicott, 1969/1994). Assim como o personagem do filme, ao qual Olívio se identifica, suas “explosões” decorrem de uma tensão instintual que gera um

estado de urgência, pedindo um alívio imediato. A impossibilidade desse alívio é semelhante à inviabilidade de viver em completa harmonia, como os outros personagens do filme.

No cenário em questão, os pacientes parecem adaptados à ilusão de onipotência (Winnicott, 1968/1999). No binarismo do narcisismo precoce, que vive a onipotência, a completude e a atividade em oposição à impotência, à insuficiência e à passividade, estar aberto aos objetos é estar em perigo, à mercê das decepções. Essa busca por esse lugar é vista quando Olívio demonstra-se incomodado com os impedimentos propostos pelo ambiente, além do momento em que Cecília não aceita que outro paciente seja o primeiro e quando menciona que só retornaria para a sala do grupo caso um paciente aceitasse um determinado jogo escolhido por ela. Parece existir, portanto, a suposição, por parte dos pacientes, de que, nas palavras de Winnicott (1968/1999, p. 27), “o seio que lhe é apresentado e o cuidado que lhe é dispensado foram por ele concebidos e estão sob seu controle onipotente”.

Na medida em que a desilusão gradualmente começa a ocorrer, o controle onipotente cede lugar, possibilitando que o movimento continue e, eventualmente, alcance a aquisição da realidade compartilhada por meio da construção do objeto objetivamente percebido. Devido às possíveis falhas primárias mencionadas anteriormente, essa transição do desenvolvimento provavelmente ocorreu de maneira incompleta. Por essa razão, torna-se intolerável para Cecília e Olívio terem que abandonar o lugar de “sua majestade o bebê” (Freud, 1914/1996).

Para Winnicott (1975), a frustração pode se revelar uma experiência lucrativa, “já que a adaptação incompleta à necessidade torna reais os objetos, o que equivale a dizer, tão odiados quanto amados” (p. 25). Contudo, nos casos, as falhas ambientais parecem tão excessivas que não houve a possibilidade de emergir a experiência individual. Cecília e Olívio, portanto, parecem se desenvolver como uma extensão da casca e não do cerne, como uma extensão do meio ambiente invasor. Quando Olívio só consegue retornar para o cinema no trecho que reporta ao final feliz, também demonstra a impossibilidade de suportar as infelicidades que o filme apresenta. Em paralelo, esse último apontamento é semelhante à maneira como ele parece se relacionar: a partir da inviabilidade de sustentar a falta do prazer.

Para Naffah (2007), nesses casos, o ambiente foi extremamente invasivo, interrompendo a “continuidade a ser” e provocando uma cisão do tipo “falso si mesmo” a ponto de toda a espontaneidade e as vivências do “verdadeiro si mesmo” se encontrarem incomunicáveis com a realidade. A intrusão do ambiente não permitiu a criação de um mundo subjetivo; ou seja, a entidade correspondente ao campo da experiência e das vivências de onipotência (Naffah, 2007). Tudo o que poderia ser representado de mais genuíno e vivido como verdadeiro não pode ser sentido por Cecília e Olívio, pois existiu uma barreira de proteção.

Dessa forma, nas vinhetas, quando Cecília deseja incessantemente ser a primeira e quando Olívio diz “Por favor, me deixa comer mais um pedaço, eu só

quero mais um pedaço, estou com fome”, ambos parecem não saber sobre as necessidades que os afligem ou o que buscar para aplacá-las, de modo que suas expectativas são vagas e poderiam ser formuladas como “o bebê busca algo em algum lugar”. A vontade de ser a primeira e a fome, que clamam em palavras e por meio do choro, é a busca por algo em algum lugar ainda nebuloso para Cecília e Olívio, distante de ser conhecido e que denota um vazio. Essas angústias impensáveis (Winnicott, 1958/2000) definem-se pelo retorno a um estado de não integração e na perda da capacidade de relacionar-se com objetos. Assim como nos casos, inúmeras angústias impensáveis são vivenciadas quando as falhas ambientais são contínuas, originando um padrão de descontinuidade e de fragmentação do ser (Winnicott, 1958/2000).

Essa noção acorda com outro momento relatado, em que Cecília desenha uma melancia em uma atividade de autorreflexão que exigia um retrato sobre si, enquanto Olívio desenha um carro quando o combinado era um desenho sobre o filme. Quando esse vazio fica vivo, Cecília e Olívio nada mais são do que uma melancia, um carro, a vontade de ser a primeira, o desejo por mais um pedaço de bolo ou alguma necessidade que preencha a falta. Em uma relação com o jogo “Quem sou eu?”, os pacientes parecem ainda não ter pistas suficientes para descobrir quem são. Consequentemente, demonstram não terem recursos para identificar seus desejos e suas limitações, bem como as do ambiente.

Não obstante, por mais que o vazio seja eminente, importa mencionar, à luz das suposições de Alvarez (1992/2020), o quanto as experiências positivas são essenciais para a vida mental e emocional de Cecília e Olívio. Quando o desejo de Cecília de desenhar vai ao encontro da próxima atividade planejada pelos terapeutas, é possível assimilar a potencialidade de surpresas agradáveis para o desenvolvimento, na medida em que, naquele momento, a evocação da satisfação foi um agente organizador e prazeroso.

Da mesma maneira, é perceptível a vitalidade por experiências positivas quando Olívio retorna para a sala para assistir ao final feliz da produção cinematográfica. Levando em consideração que, em ambos os pacientes, parece existir a falta do desenvolvimento de objetos bons, chamar a atenção ou ampliar as experiências positivas pode, além de favorecer o sentimento de ser investido por um objeto humano e vivo, “ser tão essencial para o trabalho analítico quanto prestar atenção no negativo” (Alvarez, 1992/2020, p. 125).

Winnicott (1975) indica que, quando o paciente encontra um novo ambiente favorável e confiável, pode reiniciar-se o processo de desenvolvimento, por meio de um novo suporte ambiental adequado, que permite a regressão do paciente à “dependência absoluta”. É dentro dessa perspectiva que o trabalho em ambientoterapia ocorre, oferecendo uma nova sustentação física e psíquica para o paciente.

Partindo da afirmação de que a instalação da confiança no início do desenvolvimento infantil depende da confiabilidade do meio (Klautau & Salem, 2009), pode-se inferir do pensamento de Winnicott (1958/2000) três noções básicas que

apoiam a descrição desse processo: o *holding* e o *handling*; a apresentação de objetos; e a função de espelho desempenhada pela mãe. São essas noções que qualificam o ambiente como facilitador, no sentido de possuir as condições propícias para o desenvolvimento infantil e de conjugar os elementos necessários para a gênese da confiança (Winnicott, 1958/2000).

O *holding* consiste no “suporte confiável” que deve existir desde o nascimento para que o bebê avance em direção à integração e preserve sua experiência de continuidade. O *handling* é composto pelos diversos comportamentos e atitudes do outro, realizados com o objetivo de reger e estabilizar as necessidades fisiológicas e emocionais. A apresentação de objetos está relacionada à noção de que a apercepção criativa do mundo depende de uma apresentação simplificada e rotineira dos objetos ao recém-nascido.

Por fim, a função de espelho vincula-se às relações primárias do bebê com o ambiente, nas quais o cuidador é capaz de refletir de volta para a criança aspectos do seu comportamento expressivo (Winnicott, 1975). Com base nesse olhar do ambiente, revelado para a criança a partir das variadas pequenas brincadeiras, imitações mútuas e outras conversações, formula-se o “estado de identificação”, que qualifica a interação primeira do bebê com o seu ambiente. Winnicott (1975) sugere que, ao olhar o rosto do cuidador, a criança, identificando-se nesse olhar, é capaz de ver a si mesma. Roussillon (2004) ressalta o prazer presente nesse encontro espelhado, que ocorre na relação primária com o objeto que é “um duplo de si mesmo”, ou seja, que se assemelha ao sujeito em uma relação de espelhamento. É, portanto, com base nesses pressupostos que o trabalho em ambientoterapia busca a “estabilidade ambiental que facilite a continuidade da experiência pessoal” (Winnicott, 1968/1999, p. 142).

Nessa concepção terapêutica, a interpretação deixa de ser o instrumento principal do tratamento, passando a ter sentido apenas quando integrada à sustentação afetiva que os terapeutas possam efetivamente proporcionar. Tendo em vista que, segundo Winnicott (1963/1983), a compreensão profunda e a interpretação adequada são maneiras eficazes de se adaptar, o que importa não é tanto a verdade inconsciente que o analista possa revelar, mas o restabelecimento daquelas condições capazes de permitir a criatividade do paciente e a agressividade nela envolvida.

A partir das vinhetas, é possível analisar alguns pontos que validam as concepções teóricas citadas. O primeiro é o fato de a ambientoterapia ter uma rotina estruturada que é apresentada no início dos encontros e pode ser visualizada durante todo o período em que os pacientes estão no ambiente terapêutico. Essa possibilidade de previsibilidade denota uma sustentação que parte de uma disposição ambiental por si só organizadora.

Outro ponto é visualizado na cena em que, percebendo o nível elevado de agitação de Cecília, dois terapeutas a acompanham a um outro espaço, sem a presença do restante do grupo; além do momento em que, em uma tentativa de propiciar um ambiente em que Olívio pudesse se organizar psiquicamente, dois

terapeutas permaneceram com ele para a realização de um desenho. Em face da desorganização psíquica dos pacientes, esse panorama não somente propõe a atenuação dos componentes desestruturantes, mas dispõe de recursos para a criação de limites e bordas psíquicas, já que a sala, além de um ambiente seguro, é delimitada no espaço e no tempo. O desenho, por sua vez, por ser algo pelo qual Olívio demonstra interesse, poderia, naquele momento, atuar como recurso para a subjetivação do paciente, segundo as necessidades do momento.

Ademais, no lanche, quando os terapeutas experimentaram trabalhar com Cecília as diferentes texturas e aspectos sensoriais advindos das frutas que compunham o cardápio do dia, existe uma busca por reconhecer aquilo que a paciente ingere e as repercussões de tal ingestão. Introduzir alimentos na boca e as sensações advindas desse processo podem facilitar a apresentação de objetos para a posterior apercepção criativa da paciente. Furtado e Miranda (2006) consideram que, nas etapas primitivas da formação do psiquismo, o universo sensorial desempenha uma função de protagonista da cena psíquica, assim como nos momentos primordiais da constituição da subjetividade.

Por fim, o último ponto é posto quando nomeações, realizadas pelos terapeutas, foram feitas na busca de representar o que estava ocorrendo. Nomear, que está vinculado ao termo “significar”, propõe não somente a função de espelho, mas do *holding* como suporte e do *handling* como comportamento capaz de estabilizar as necessidades de Cecília e Olívio. A nomeação é, portanto, fundamental nesse processo, na medida em que também possibilita a ativação da capacidade representativa dos pacientes, permitindo suas possíveis experiências de continuidade efetiva.

Todos os pontos analisados estão vinculados ao delineamento de bordas psíquicas, limites e à construção de um eu integrado, relacionado ao processo de vir-a-ser. Os manejos cotidianos e a ambientoterapia como ambiente facilitador propõem que a tendência natural do bebê em “se tornar uma unidade integrada” seja viável, já que, como nos casos apresentados, as falhas ambientais primárias provavelmente foram significativas. Fornecendo um ambiente suficientemente bom e permitindo o enfraquecimento de certas descontinuidades, assim como a expressão da atividade criativa e espontânea de Cecília e Olívio, a ambientoterapia se apresenta como um recurso possível.

Quanto à agressividade, um destino viável para Winnicott (1966/1960) é a possibilidade de reparação, pela qual ela pode ser transformada no desejo de “dar, construir e reparar”. Contudo, para que isso ocorra, é indispensável que haja alguém por perto para receber a reparação oferecida. Caso contrário, a tendência é que a agressividade apareça novamente. Assim, dispondo de recursos, a Ambientoterapia se apresenta como um ambiente que possibilita a reparação. Todavia, essa alternativa exige recursos psíquicos que, por vezes, não são apresentados por Cecília e Olívio. Por essa razão, a sustentação por meio da nomeação e da organização ambiental é a principal fonte estruturante do tratamento diante da onipotência, da frustração e de potenciais agressivos.

Considerações finais

É, sem dúvida, uma fatigante jornada aprender que não se pode ter tudo (Winnicott, 1982), ter que abandonar o lugar de “sua majestade o bebê” e fazer a transição de ego ideal para ideal de ego (Freud, 1914/1996). Mais ainda quando falhas primárias no desenvolvimento influenciaram no processo de vir-a-ser e continuar a ser. Cecília e Olívio demonstram essa premissa ao exporem impulsos agressivos que se relacionam com as suas ocupações onipotentes e com as frustrações geradas pelo ambiente. Essa desintegração do eu dos pacientes não permite que eles se relacionem no campo da alteridade, desconsiderando o outro. Além disso, a descontinuação também parece demonstrar o quanto Cecília e Olívio estão em um lugar de “não saber” em relação a si mesmos, marcados pela constante indagação “Quem sou eu?” e por um vazio que impele ser preenchido imediatamente, sem registro simbólico.

Diante disso, a ambientoterapia, a partir do *holding*, do *handling*, da apresentação de objetos e da função de espelho, surge como um recurso potente para o delineamento de bordas psíquicas desses pacientes. Delinear bordas, aqui, significa delimitar a estrutura pessoal ainda não integrada, além de possibilitar a aquisição da unidade pessoal. Delinear bordas também se refere, a partir de um ambiente suficientemente bom, à possibilidade de dar continuidade ao vir-a-ser e integrar o eu que se desorganiza perante as inviabilidades ambientais. Delinear bordas, especialmente, está relacionado ao encontro de Cecília e Olívio com um novo ambiente favorável e confiável, que lhes viabilize reiniciar o processo de desenvolvimento e, a partir do suporte adequado, propicie agir espontaneamente e criativamente.

Além do mais, é preciso, enquanto terapeuta, desempenhar: a paciência, para que, nos seus tempos e de acordo com suas possibilidades, Cecília e Olívio gritem contra as possíveis falhas primitivas que viveram; a sustentação para legitimar tais queixas; o apaziguamento da frustração inelutável do processo; e, por fim, o delineamento de bordas psíquicas e novas ideias que possibilitem a integração das tendências libidinais impedidas de circular nos encontros primários. Evidentemente, não é uma tarefa simples, tendo em vista que tais pacientes despendem grande energia nas transferências, além de despertarem sentimentos contratransferenciais significativos nos terapeutas. Contudo, importa compreender que lidar com a desintegração do eu também não denota uma incumbência fácil.

O objetivo da ambientoterapia, nessa diáde relacional que encontra dificuldades, é, apesar delas, favorecer o desenvolvimento dos pacientes a partir da facilitação dos terapeutas e do ambiente durante o processo. Assim, novamente em uma relação com o jogo “Quem sou eu?”, a proposta é que Cecília e Olívio encontrem as pistas suficientes para descobrirem quem são, não mais sendo uma melancia, um carro, a vontade de ser a primeira, o desejo por mais um pedaço de bolo ou alguma necessidade que preencha a falta.

Referências

- Alvarez, A. (2020). *O coração pensante: três níveis de terapia psicanalítica com crianças e adolescentes*. São Paulo: Blucher. (Original publicado em 1992)
- Amaral, A., Milagre, K., Kreutz, H., & Vanessa G. (2015). Autismo, ambientoterapia e psicanálise. *Publicação CEAPIA*, 24, 24-36.
- Freud, S. (1996). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 12, pp. 272-286). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911)
- Freud, S. (1996). Recordar repetir e elaborar. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 12, pp. 90-97). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Furtado, J. P., & Miranda, L. (2006). O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(3), 508-524.
- Klautau, P., & Salem, P. (2009). Dependência e construção da confiança: a clínica psicanalítica nos limites da interpretação. *Natureza humana*, 11(2), 33-54.
- Naffah, A. (2007). A problemática do falso self em pacientes de tipo borderline: revisitando Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(4), 77-88.
- Roussillon, R. (2004). La dépendence primitive et l’homosexualité primaire “en double”. *Revue Française de Psychanalyse*, 421-439.
- Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original publicado em 1963)
- Winnicott, D. (1994). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1969)
- Winnicott, D. (1996). Agressão, culpa e reparação. In D. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 69-79). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1960)
- Winnicott, D. (1999). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968)
- Winnicott, D. (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958)
- Zimerman, D. (1955). *Bion: da teoria à prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zimerman, D. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica, clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed Editora.