

# REFLEXÕES ACERCA DA CAPACIDADE DE *HOLDING* E RÊVERIE DO TERAPEUTA: RELATOS DE EXPERIÊNCIA EM AMBIENTOTERAPIA<sup>1</sup> Reflections about the therapist's holding and rêverie capacity: experience reports in ambientotherapy

JAYNE SILVA LEIRIA<sup>2</sup>

---

**RESUMO:** A fim de vivenciar um desenvolvimento saudável, a criança necessita de um ambiente suficientemente bom; portanto, é necessário que seja proporcionado a ela a vivência de suporte físico e psíquico, denominada por Winnicott como holding. Essa experiência ocorre por meio do vínculo com o cuidador, que deve ser capaz de receber, conter e devolver o conteúdo pulsional advindo da criança, agora digerido e transformado, processo descrito por Bion como rêverie. Ambos os conceitos se relacionam, no sentido de que visam maior integração do sujeito e a possibilidade de contenção das angústias, viabilizando assim novas elaborações e formas de simbolização. Tendo como base esses dois conceitos, este artigo busca refletir sobre o papel do terapeuta diante do intenso sofrimento psíquico de pacientes crianças em ambientoterapia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Holding. Rêverie. Crianças. Ambientoterapia.

**ABSTRACT:** In order to experience healthy development, the child needs a sufficiently good environment, therefore, it is necessary to provide them with the experience of physical and psychological support, referred to by Winnicott as holding. This experience occurs through the bond with the caregiver, who must be able to receive, contain and return the instinctual content coming from the child, now digested and transformed, a process described by Bion as rêverie. Both concepts are related, in the sense that they aim at greater integration of the subject and the possibility of containing anxieties, thus enabling new elaborations and forms of symbolization. Based on these two concepts, this article seeks to reflect on the

---

<sup>1</sup> Trabalho supervisionado por Thanise Weinert, psicóloga da equipe fixa do setor de Ambientoterapia do CEAPIA.

<sup>2</sup> Graduanda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Estagiária do CEAPIA, incluindo o setor de Ambientoterapia, durante o período de agosto/2023 à agosto/2024.

role of the therapist in the face of the intense psychological suffering in child patients of Ambientotherapy.

KEYWORDS: Holding. *Rêverie*. Children. Ambientotherapy.

## Introdução

No que se refere a construção do psiquismo e do desenvolvimento emocional, com enfoque na infância e no processo de subjetivação a partir do nascimento, é possível obter como referência as ideias winnicottianas, as quais são prioritariamente voltadas à compreensão da constituição do sujeito perante sua relação com o ambiente. Donald Winnicott, pediatra e psicanalista inglês, postulou a concepção de *holding*, função psíquica exercida pela mãe, a fim de promover sustentação, cuidado e proteção ao seu bebê. Da mesma forma, Wilfred Bion, psicanalista britânico, em concordância com aspectos teóricos do autor supracitado, também concede importância ao papel da mãe e do ambiente, devido à sua essencial função de decodificação e metabolização dos conteúdos projetados, advindos do bebê. Essa função, que Bion define como *rêverie*, assim como a descrita por Winnicott como *holding*, aproximam-se na medida que pressupõem a importância da “capacidade de lidar com a pulsão e de se discriminar do outro, podendo assim dar suporte às angústias e às transferências” (Lam, 2010, p. 39), o que é fundamental no atendimento com crianças, especialmente regressivas e com demandas graves, considerando que o terapeuta necessita exercer um papel continente e afetivo.

De acordo com Sandler (2001), o significado de *holding* pode variar; no entanto, de maneira geral, este é equiparado com a função materna de segurar o bebê, que remete à sensação de amparo e proteção. Ao considerarmos o desamparo de um bebê ao nascer, torna-se fundamental a presença de um outro para ajudá-lo com suas necessidades e angústias, por meio da contenção de suas atividades físicas e emocionais. Essa cena da dependência primária do bebê com seu cuidador pode ser empregada como metáfora para compreensão do *setting* analítico e o conceito de *holding* como uma das funções imprescindíveis do terapeuta, pois este necessita apresentar-se como uma companhia consistente, segura e estável, que seja capaz de sustentar as exteriorizações do paciente e fornecer apoio egóico, facilitando com que seja possível integrar as vivências e desenvolver a noção de eu (Monteiro, 2003).

Segundo Bion (1962/1991), o conceito de *rêverie* consiste no “estado mental aberto a receber ‘quaisquer’ objetos do objeto amado e, portanto, acolher as identificações projetivas do bebê, se boas ou más” (p. 60). Nesse sentido, ao cuidador é necessário aceitar e sustentar os conteúdos advindos da criança, porém não só isso. Bion também salienta a importância de devolver a ela o conteúdo psíquico projetado em uma linguagem acessível e com conteúdo significativo, o que equivale à função materna e também à função desempenhada pelo terapeuta. Sendo assim, “sua função é transformadora ao metabolizar, desintoxicar

e acolher a descarga emocional” (Lisondo, 2010, p. 71), o que torna as experiências, inicialmente insuportáveis e indizíveis, agora assimiláveis e com algum nível de elaboração. Logo, é necessário que o terapeuta possua capacidade de continência das angústias advindas do paciente, sendo capaz de suportá-las para então poder trabalhar com elas a favor do processo terapêutico.

Partindo do pressuposto de que um ambiente saudável é essencial para o desenvolvimento humano, quando ocorre falhas nesse processo, a constituição do aparelho psíquico fica suscetível a danos, o que pode vir a resultar em estruturas frágeis, com importantes faltas, déficits e manifestações sintomatológicas graves. A modalidade de tratamento denominada como ambientoterapia é uma possibilidade de intervenção, grupal e multidisciplinar, que se propõe a viabilizar a reparação e reestruturação dessas falhas ambientais precoces. As crianças que compõem os grupos de pacientes dessa modalidade de atendimento são majoritariamente caracterizadas pelos seguintes sintomas: instabilidade emocional, agressividade, conduta opositora, dificuldades de socialização, atrasos no desenvolvimento global e distúrbios de comportamento (Ferreira et al., 2014). A ambientoterapia citada neste trabalho localiza-se na instituição CEAPIA (Centro de Estudos, Atendimento e Pesquisa da Infância e da Adolescência), na cidade de Porto Alegre.

Nesse modelo de intervenção, o ambiente corresponde ao fator terapêutico principal, pois entende-se que o *setting* estruturado, com rotinas, regras e atividades pré-estabelecidas e programadas, apresenta aos pacientes uma nova experiência de sustentação e segurança, além de se propor a ser uma espécie de depositário, de acordo com Taschetto e Nilles (1996), pois se configura como um espaço capaz de receber e suportar suas necessidades, de maneira que possa mantê-los contidos, mantidos e aconchegados. Ferreira et al. (2014) caracterizam esse ambiente como “benigno, tolerante, sensível, confiável, previsível e não masoquista” (p. 49), no sentido de que deve ser aberto e atencioso em relação às diferentes formas de comunicação humana, desde as mais primitivas até as mais elaboradas. Para este trabalho, tomemos com destaque a palavra tolerante, considerando o perfil regressivo e intenso dos pacientes, que por vezes possuem desorganizações importantes, necessitando, inclusive, de contenção física. Os conteúdos advindos desses pacientes podem ser tomados por agressividade e, do ponto de vista contratransferencial, torna-se primordial a capacidade de *holding* e *rêverie* do terapeuta.

## Relatos de atendimentos ambientoterápicos<sup>3</sup>

Serão apresentados a seguir quatro relatos acerca das minhas vivências de atendimento em ambientoterapia que servirão como disparadores para articulação com os conceitos de *holding* e *rêverie* na prática clínica. É importan-

<sup>3</sup> Todos os nomes utilizados são fictícios, a fim de preservar o sigilo e a identidade dos pacientes.

te contextualizar que a Ambientoterapia da instituição CEAPIA atualmente é composta por três grupos de pacientes, os quais são divididos de acordo com a faixa-etária e funcionamento de cada um. Os relatos a seguir dizem respeito a um dos grupos, o qual se configura por crianças menores, entre 5 e 7 anos, com dificuldades na conduta, na tolerância à frustração, no controle de impulsos e agressividade.

**1. RELATO 1:** refere-se a uma manhã de atendimento em ambientoterapia, em que dois pacientes (Ben e Mitchell) estavam presentes, junto a cinco terapeutas.

Em uma manhã de atendimento, Ben e Mitchell constantemente disputavam por espaço dentro do grupo, tanto em relação a brinquedos quanto à atenção dos terapeutas. Uma das atividades realizadas no grupo nesse dia foi o jogo de imagem-ação. Considerando que os pacientes haviam gostado muito desta brincadeira, ficou acordado que na última atividade da manhã repetiríamos o jogo, porém de uma forma diferente, dessa vez com desenhos livres no quadro, propondo que os demais adivinhassem o que cada pessoa estava desenhando. No entanto, para desenhar no quadro, havia apenas uma caneta, apresentando-se como uma oportunidade para trabalharmos o ato de compartilhar e esperar a vez do outro. A atividade seguia tranquilamente até que Ben se recusou a dar a caneta para Mitchell, depois de ter acabado a sua vez. Após tentativas de negociação, foi preciso que um dos terapeutas, de forma ativa, pegasse a caneta para retomar as combinações. Quando Mitchell foi iniciar o seu desenho, Ben tirou com força a caneta de suas mãos, o que ocasionou em empurrões entre os dois. Ben iniciou uma desorganização importante, precisando ser contido fisicamente por um dos terapeutas. Durante a contenção, Ben gritava, pedindo para que os terapeutas o matassem, dizendo que desejava morrer e que, por isso, deveriam pegar uma faca para machucá-lo. Também disse que não gostava dos terapeutas, que os odiava, pois estes o estavam mantendo “preso”. Os terapeutas que participavam da contenção disseram que o objetivo era ajudá-lo e também cuidá-lo. Enquanto isso, Mitchell deixou de lado a caneta e pegou um desenho que havia feito no início da manhã, quando o grupo confeccionou cartões de despedidas para uma das terapeutas da ambientoterapia que estava saindo da equipe. Ben estava começando a se acalmar, porém, de forma muito rápida, desvencilhou-se dos terapeutas e foi até Mitchell, tirando o desenho de suas mãos e rasgando-o, durante um momento de muita raiva. Nesse momento, de forma projetiva, Ben disse que os terapeutas haviam pedido para que ele rasgasse o desenho de Mitchell, demonstrando uma indiscriminação do eu e do não eu. Por meio de manejo verbal, os terapeutas cuidadosamente tentaram ajudá-lo a se situar e se conectar com o que estava acontecendo, especialmente com seus sentimentos.

Após ter o seu desenho rasgado pelo colega de grupo, Mitchell começou a

chorar de forma muito intensa, jogou-se no chão, correu pela sala e pediu com muito sofrimento para ir embora, sendo acolhido por dois terapeutas. Os terapeutas tentaram conversar sobre o que havia acontecido, mas Mitchell parecia não conseguir escutar. Nesse sentido, um dos terapeutas ofereceu um abraço, propondo que talvez ele precisasse disso naquele momento. Somente assim, Mitchell conseguiu se acalmar, após ser acolhido e contido em um abraço. Enquanto isso, Ben se acalmava do outro lado da sala. Os terapeutas propuseram que o desenho rasgado fosse consertado. Logo, eu me dispus a ir em busca de uma fita para auxiliar Mitchell no processo de integrar seu desenho. Enquanto o ajudava a segurar a folha, Mitchell colou as partes. Durante esse momento, assinalo que havia sido possível juntar os pedaços novamente. Mitchell comentou sobre como não estava igual a antes, com o que concordei, validando a percepção do paciente, mas também apontando que ainda assim foi possível ajudá-lo a ficar inteiro de novo.

**2. RELATO 2:** refere-se ao paciente denominado como Thor, o qual recebeu indicação da equipe de ambientoterapia para internação psiquiátrica.

Thor é um menino de 7 anos que possui muita dificuldade no campo da conduta, apresenta impulsividade e comportamentos agressivos, o que dificulta sua possibilidade de socialização e interfere não só nas suas relações familiares, como também no seu processo educacional, tendo em vista que já passou por muitas escolas diferentes, não conseguindo frequentar nenhuma regularmente. Na ambientoterapia, Thor necessitava com frequência ser contido fisicamente, pois suas desorganizações eram graves, oferecendo riscos a si mesmo e aos demais. Em situações de descontrole, quando era contrariado, frustrado ou se irritava com alguma atitude dos colegas de grupo, tentava agredi-los, assim como também se dirigia com chutes, socos, mordidas e puxões de cabelo aos terapeutas. Durante os momentos de crise, Thor gritava, pedia que parassem de machucá-lo e que o expulsassem, o que era referido pelos terapeutas como um receio de que se repetisse na ambientoterapia o mesmo que aconteceu nas variadas escolas, a experiência de ser expulso. Nos momentos em que batia, muitas vezes dizia que desejava ser amigo, abraçar e ficar perto, o que era interpretado como uma confusão no movimento de se aproximar das pessoas, uma indiscriminação entre o amor e o ódio.

Em uma manhã de atendimento, enquanto o grupo se ocupava de um jogo que visava encontrar determinadas figuras em um tabuleiro, Thor e Mitchell estavam em times diferentes e, em alguns momentos, discordavam e discutiam sobre como as regras do jogo deveriam ser. Esses momentos eram mediados pelos terapeutas e, mesmo com a necessidade de pequenas pausas e intervenções, o jogo seguia tranquilamente. Thor, no entanto, começou a se agitar, não conseguindo permanecer sentado na cadeira. Reagia de forma muito animada quando ganhava, o que o fazia ofender o colega de grupo, ou então xingava

quando perdia. Em determinado momento, quando encontrei a figura que procurávamos, Thor dirigiu um soco em minha boca, o qual machucou e me assustou, afinal estávamos no mesmo time. Nesse momento, precisei sair da sala. Fiquei afastada durante uma atividade e retornei no fim da manhã, porém evitei aproximar-me do paciente nesse dia. Além disso, considerando a gravidade do quadro de Thor, que apresentava desorganizações intensas a ponto de colocar-se em risco, assim como as demais pessoas, realizou-se a indicação de internação psiquiátrica mediante avaliação da equipe de ambientoterapia, visando recorrer a um diferente recurso de cuidado.

### **3. RELATO 3:** refere-se ao paciente denominado como Mitchell.

Mitchell é um menino de 7 anos que chegou em ambientoterapia devido à suspeita de sintomas psicóticos, oposição a regras e combinações, além de baixa tolerância à frustração. Suas dificuldades eram expressas por meio da desconexão com o grupo e retraimento. Nesses momentos, Mitchell gostava de cercar-se com as almofadas disponíveis na sala do grupo. Com ele, o manejo verbal parecia mostrar-se como suficiente nos momentos de maior sofrimento.

Após a notícia do afastamento de Thor, o paciente Ben encontrava-se mais agitado, necessitando sair do grupo em alguns momentos, acompanhado por terapeutas para conseguir reorganizar-se. No momento do lanche, Ben se desorganizou, derrubando a bebida e os pratos no chão; estava contrariado e não queria participar desse momento da rotina. Mitchell, por sua vez, foi para um canto da sala, dizendo estar com medo, repetindo isso constantemente. Junto a outra terapeuta, fui em sua direção. Quando sentamos ao seu lado em busca de entender o que estava acontecendo com ele, Mitchell dizia estar com medo de que o machucassem e começou a organizar três almofadas ao seu redor. Compartilhei com ele a minha percepção de que parecia estar fazendo uma barreira para se proteger de algo, e ele concordou, retraindo-se cada vez mais. Algumas brechas ficaram entre as almofadas, as quais caíram mais de uma vez, então sugeri que nos aproximássemos para ajudá-lo a se proteger. Mitchell aceitou a ideia, pediu que segurássemos com força e não soltássemos. Falamos o quanto sentíamos a necessidade de nos protegermos diante do medo, o que fez Mitchell conseguir verbalizar que estava com medo de Thor, paciente do grupo que apresentava episódios intensos de desorganização emocional e descontrole de impulsos. Thor não estava presente nesse dia, pois estava em internação psiquiátrica. Nesse momento, Ben retorna para o grupo. Sinalizo a Mitchell que Thor não estava naquela manhã, retomando que havíamos informado que este ficaria afastado por algum tempo para ser cuidado. Mitchell discordou, dizendo que Thor estava presente, no mesmo instante em que aponta para Ben. Entendemos, enquanto grupo de terapeutas, o que isso significava: o descontrole e a impulsividade seguiam presentes no grupo. Descrevemos para ambos os pacientes nosso entendimento acerca dessa angústia que permeava o grupo.

Mitchell necessitou por mais tempo da barreira de almofadas até que pudesse sentir-se seguro para voltar a interagir.

#### **4. RELATO 4:** possui como foco o paciente denominado como Ben.

Ben é um menino de 5 anos, com dificuldades de separação e indiferenciação, além de apresentar agressividade e baixa tolerância à frustração. Em seus momentos de desorganização, Ben verbalizava sobre a morte, pedindo para soltá-lo, mas ao mesmo tempo dizendo para machucá-lo. Isso despertava muitos sentimentos angustiantes nos terapeutas. Em uma manhã de atendimento, em que estava contrariado e não queria fazer a atividade proposta, Ben queria sair da sala e ir embora da ambientoterapia. Começou a ficar irritado e a gritar, chutando as terapeutas e tentando puxar seus cabelos. Foi preciso levá-lo para outra sala, onde fosse possível ajudá-lo a se reorganizar para voltar a participar do grupo. Nesse momento, digo a ele que estávamos tentando ajudá-lo, porque percebemos que seu corpo estava muito agitado e que aquele momento parecia estar sendo muito difícil para ele. Ben dizia querer bater nas terapeutas, cuspidando na direção delas. As terapeutas, por sua vez, traduziram que ele deveria estar sentindo muita raiva. Nesse sentido, também ofereci a ele objetos intermediários nos quais poderia descarregar seus sentimentos hostis, como pedaços de papel para rasgar ou almofadas para dar socos, porém Ben não aceitou as sugestões. A partir disso, convidei-o para respirar lentamente, na tentativa de se acalmar. Ben conseguiu realizar algumas respirações, com seu corpo ficando menos agitado aos poucos. Porém, o que de fato o ajudou foi a sua própria sugestão: a realização de alongamentos e polichinelos, que possibilitaram a descarga motora e também o restabelecimento dos limites corporais. As terapeutas realizaram de forma conjunta os movimentos e Ben finalmente conseguiu retornar à sala junto aos demais colegas. É interessante ressaltar que o movimento de respirar e se alongar continuou sendo utilizado pelo paciente nas manhãs seguintes, como recurso para se acalmar.

### ***Holding e rêverie no contexto de ambientoterapia***

Antes de iniciar uma reflexão teórica e clínica, gostaria de esclarecer sobre a que exatamente me refiro quando, neste artigo, utilizo termos como tolerar e suportar. O ato de tolerar e suportar não deve ser visto como uma aceitação incondicional, como algo que não é pensado, problematizado e trabalhado. Isso possui relação com o fazer psicanalítico, com os conceitos que pretendo aprofundar e com o movimento de proporcionar uma vivência diferente e continente. Pontuo inicialmente esse cuidado para não corroborar a ideia de que o analista tudo deve tolerar e suportar, no sentido superficial e passivo. Esse processo é complexo e envolve embasamento técnico, com objetivos e limites dentro

do *setting* terapêutico, tendo como norteador as necessidades do paciente e a proteção de ambos (terapeuta e paciente). A compreensão, por exemplo, do que ocorreu antes dos momentos de desorganização de um paciente se torna fundamental para o próprio processo de *holding* e *rêverie*. Ademais, ter em mente o funcionamento do paciente também nos ajuda com o manejo e a escolha do melhor caminho de intervenção, a fim de traduzir/conter os excessos que principalmente chegam em nível corporal, devido ao difícil acesso pelo campo da palavra que possui representação.

Concomitante à lógica do tolerar, é possível citar a função de sobrevivência do terapeuta, descrita por Bion, que se refere justamente à sua capacidade de sobreviver aos ataques e diferentes formas pelas quais o paciente pode tentar destruí-lo, o que é desafiador, considerando as reações contratransferenciais inerentes e naturais (Zimmerman, 2008). Em todos os momentos de desorganização narrados anteriormente, é necessário que o terapeuta sobreviva, demonstrando ao paciente a possibilidade de continuar inteiro e vivo, mesmo diante de todo conteúdo que aparentemente é insuportável e intolerável por ele. Thor, em alguns momentos, chegou a perguntar aos terapeutas se ele seria expulso da ambientoterapia, assim como Ben também trouxe considerações a respeito de um dispositivo tecnológico que viu na sala de atendimento, criando a fantasia de que este servia para observar as crianças que não se comportavam, o que resultaria, segundo ele, na retirada delas do local. Além da possibilidade de pensarmos que os pacientes estão nos comunicando a respeito dos seus próprios objetos internos, que punem, expulsam e não sobrevivem, existe também uma ansiedade relacionada à capacidade do terapeuta de compreendê-los, ou seja, à sua capacidade de *rêverie*; afinal, o material colocado em cena tem como objetivo testá-lo e verificar se este está aberto a receber e compreender seu modo de pensar primitivo (O'shaughnessy, 1990). Esses recortes descritos anteriormente evidenciam um medo e uma angústia de Ben e Thor, em relação ao posicionamento do outro perante a sua destrutividade, que pode ser aterrorizante. Um medo e uma angústia diante do desamparo do que vem em excesso e precisa de um objeto que receba, contenha e resista, garantindo que continuará sendo protegido e amado.

Junior (2022), utilizando as ideias de Winnicott acerca do amadurecimento emocional, enfatiza o potencial criativo da agressividade, se desenvolvida de maneira saudável. É necessário que a mãe sobreviva aos ataques instintivos e destrutivos do bebê, permanecendo disponível e o acolhendo, pois assim se viabiliza a possibilidade de integração do sujeito. É a partir de um objeto capaz de sobreviver às suas tendências destrutivas que a criança descobre, conhece e mantém contato com sua destrutividade, além de reconhecer a alteridade, a realidade externa e perceber sua capacidade de construir, desconstruir e reconstruir (reparar). Isso auxilia no processo de constituição do eu e percepção do outro como diferente de si. Do contrário, o ato de inibir, proibir ou rechaçar, ou seja, de não sobreviver e não suportar a sua agressividade, tende a abrir es-

paço para a dissociação entre estados tranquilos e excitados (Junior, 2022). Do mesmo modo, Pinheiro (2018) destaca que a sobrevivência do objeto possibilita “a transição de um modo de se relacionar com os objetos de forma subjetiva, onipotente, mágica e, portanto, desorganizadora e mortífera, para um modo de relacionar-se com os objetos, usando-os, isto é, respeitando sua individualidade, independência e alteridade” (p. 302).

Com o objetivo de refletir sobre a capacidade de sobrevivência, destaco como exemplo o momento em que levei o soco do paciente Thor. No relato, não por acaso inseri a informação de que não voltei a interagir com ele naquela manhã. Após conversar com a equipe, momento de calma, digestão, reflexão e supervisão, aprendi o quanto teria sido importante conversar com ele sobre o que havia acontecido. Embora tenha seguido normalmente os atendimentos nas manhãs seguintes, o ponto é que não conversei sobre o momento em que ele me atingiu e precisei sair da sala. É claro que fui tomada por uma série de sentimentos e que precisei me retirar, não só pensando no meu bem-estar, mas também para evitar atuações e manejos inadequados ou antiterapêuticos, em função da carga emocional que aquela situação me proporcionou. Nesse sentido, considerando que *rêverie* diz respeito ao processo de pensar, diante da intensidade de algumas situações, como nesse exemplo, isso nem sempre será possível de ser realizado instantaneamente, mas sim posteriormente, o que foi proporcionado a partir da discussão junto à equipe. Mesmo que esse tenha sido o caso, refiro-me aqui ao que esse acontecimento me possibilitou refletir e aprender. Assim como a mãe nos cuidados com o seu bebê, penso que teria sido importante enquanto terapeuta não somente tolerar essa experiência, mas processá-la internamente, assim sendo capaz de comunicar minha sobrevivência de forma viva e afetiva (Piccinini, 2023), devolvendo esses conteúdos destrutivos de forma metabolizada e não reforçando a sensação do paciente de ser destruidor, mortífero e irreparável, a qual já foi vivenciada por ele constantemente em outros espaços, como nas escolas pelas quais já passou. Afinal, o choque e a confusão que senti possivelmente equivalem também aos sentimentos do próprio paciente. O fato de estarmos no mesmo time e a reação de agressão de Thor ter acontecido quando marquei um ponto a nosso favor ressalta a dificuldade de diferenciação que ele possuía, a fim de delimitar o que é seu, o que é do outro e o que é, por vezes, compartilhado.

Considerando que me refiro a pacientes regressivos, com importantes falhas nos cuidados ambientais primários e estrutura psíquica fragilizada, o terapeuta precisa trabalhar a serviço de suprir essas necessidades básicas não atendidas, assim como sobreviver a intensidades, sustentá-las e ajudar a integrá-las. É nesse cenário que surge o que chamamos de contenção, uma forma de intervenção que se faz necessária em momentos de muita desorganização. A fim de obter um olhar amplo e cuidadoso em relação a esse termo, recorro a Ferreira & et al. (2014), que descrevem cinco diferentes níveis de contenção, considerando o atendimento em ambientoterapia: a continência mental do próprio terapeuta,

a rotina como elemento de contenção, manejo verbal, contenções alternativas concretas e contenção física. A contenção, neste trabalho, é vista sob a perspectiva de *holding* e *rêverie*, pensando que, em todos os seus níveis, independentemente da forma como é utilizada, pressupõe a função de segurar, sustentar, dar contorno e possibilitar a sensação de existir e estar seguro.

Além disso, diante do exercício de reconhecer e amparar as necessidades do paciente, também devem ser considerados outros recursos que possam ajudar, como no caso da indicação de internação psiquiátrica para Thor. A internação psiquiátrica, de acordo com essa perspectiva de cuidado e avaliação da equipe, também representa uma forma de contenção, assim como visa a uma assistência imediata, mais ampla e intensiva.

O relato 1 consiste em um ótimo exemplo para pensarmos nas múltiplas formas de proporcionar o *holding*, além de refletir da mesma maneira sobre a capacidade de *rêverie* do terapeuta. Nesse momento do atendimento narrado, com o conflito entre ambos os pacientes, foi necessário contê-los de diferentes maneiras. Com Ben, devido às suas manifestações mais agressivas e intensas, a contenção física se mostrou como a alternativa mais viável, embora, antes de chegar a isso, sempre sejam realizadas tentativas de manejar a situação com outras estratégias. Ben verbalizava conteúdos difíceis, direcionando não só xingamentos, como também agressões na direção dos terapeutas. Nesse sentido, é preciso lembrar que o que é projetado nesses momentos diz respeito a uma experiência confusa, desesperadora e repleta de sofrimento, vivenciada internamente pelo próprio paciente, o qual sente alívio e está tentando, em alguma medida, desfazer-se desses sentimentos difíceis, ao colocá-los para fora de si e direcionar ao outro. O terapeuta, por sua vez, precisa “conter dentro de si a projeção do paciente e metabolizá-la, entendendo que se ele faz isso é porque precisa ainda, como um bebê, que alguém se responsabilize pelos seus objetos maus e cindidos” (Ferreira et al., 2014, p. 51). Portanto, relacionando com a ideia de *rêverie*, tínhamos o papel, enquanto terapeutas, de receber esses conteúdos pulsionais “maus”, a fim de ajudá-lo a contê-los, dar vazão a eles e devolvê-los de alguma forma traduzida, sem reprimir. Recordo-me que o manejo verbal durante a contenção física era feito como uma tentativa de situar o que estava acontecendo, atribuindo sentido ao seu corpo agitado, aos seus atos e palavras violentas, como dizer, por exemplo, que estávamos percebendo o quanto ele parecia estar irritado e que estávamos ali para auxiliá-lo e cuidá-lo.

Por outro lado, com Mitchell, a partir do seu choro e sua grande irritação por ter seu desenho rasgado, o que funcionou naquele momento foi um abraço. O abraço, nessa situação, configurou-se como uma forma de sustentação, que está diretamente relacionada com o momento em que mãe segura o seu bebê no colo, de maneira firme, impedindo que ele caia, para aquecê-lo, acalenta-lo e assentar sua capacidade de sentir-se real, mediante uma experiência tanto física quanto simbólica (Monteiro, 2003), de contato corpo a corpo, que fornece amparo e cuidado. E no que diz respeito à representação simbólica, foi fundamental

Mitchell ser capaz de colar os pedaços do seu desenho, pois proporcionou a ideia de reparação, ou seja, a concretização real da sobrevivência, de que foi possível reconstruir aquilo que foi destruído.

Ainda sobre Mitchell, no terceiro relato, é possível identificar duas formas de contenção: manejo verbal e alternativas concretas. As almofadas se configuram como alternativas concretas, recursos técnicos diferentes do usual que funcionam de maneira eficaz quando bem trabalhados (outros exemplos consistem em rasgar papel, manusear massinha de modelar, utilizar uma manta como forma de *holding* etc.). Com Mitchell, tanto as almofadas quanto o corpo, a presença física e próxima das terapeutas que ele solicitou, serviram como proteção e forma de conter suas angústias. Além disso, também foi descrito que conversei com Mitchell, tentando ajudá-lo a identificar, nomear e conceder um significado ao que estava sentindo.

Esse manejo verbal é essencial e precisa ter como base a sensibilidade, o equilíbrio entre direcionalidade, afetividade e ludicidade, de acordo com o que o paciente sinaliza e necessita, calibrando o tom de voz e escolhendo com delicadeza o que será dito. Afinal, segundo Winnicott, somente a presença confiável e tranquilizadora não basta, é preciso também “transmitir com palavras, no momento apropriado, alguma coisa que mostre que o analista sabe e compreende a ansiedade mais profunda que está sendo sentida, ou que está esperando para ser sentida” (Sandler, 2001, p. 65). Como exemplo, podemos citar o momento em que compreendemos o sentimento de Mitchell, que dizia estar com medo de Thor, o qual não estava naquela manhã, enquanto apontava para Ben. Ao realizar uma roda de conversa, abordamos o quanto várias situações difíceis haviam acontecido no grupo e como era compreensível ter medo, afinal sabíamos que haviam ocorrido momentos de intenso descontrole e impulsividade no grupo, anteriores à internação psiquiátrica do paciente Thor. Também referimos que Mitchell provavelmente estava angustiado, pois a agitação de Ben lembrou a forma como Thor reagia nos momentos de desorganização, o que reativava sentimentos de medo no grupo e ocasionava a necessidade de se proteger, exatamente como estava acontecendo pelo uso da barreira de almofadas. Como dito no relato, os pacientes, após esse momento de comunicação, voltaram a interagir e a barreira de almofadas pôde ser desfeita.

Junto a isso, também havia as expressões agressivas advindas de bem, que constantemente chutava, cuspia e puxava os cabelos dos terapeutas. O momento narrado no último relato consiste em uma contenção que durou por muitos minutos, e, como foi explicado, tentei propor ao paciente outras possibilidades para descarregar a raiva, já que Ben verbalizava o quanto queria e precisava bater, dizendo, inclusive, que se deixássemos ele puxar nossos cabelos, só assim ele se acalmaria. Em ocasiões como essa, é inevitável sentimentos contratransferenciais de raiva, impotência, medo, rechaço e angústia, no entanto, é papel do terapeuta estar ciente da necessidade da sua própria continência mental, para que seja possível tolerar e dar sentido a esse excesso, afinal é

preciso lembrar que, possivelmente, o próprio paciente não suporta ou entende o que acontece consigo mesmo. É necessário compreender, perante um raciocínio clínico fundamentado teoricamente, que o paciente está “encenando suas vivências traumáticas, experimentando e testando novamente seus impulsos, na esperança de encontrar um ambiente que reagirá de forma diferente e dará sustentação aos seus movimentos de vir-a-ser” (Ferreira et al., 2014, p. 50). Ou seja, proporcionar a ele uma nova experiência, em um novo jeito de responder, configura-se como um registro primordial e transformador.

Ainda sobre a capacidade de sobrevivência diante da destrutividade de Ben, para não sucumbir, retaliar, punir ou rejeitar, foi preciso oferecer espaço para que o paciente a manifestasse, o que resultou na minha oferta para rasgar papéis ou socar almofadas, outros recursos utilizados no aqui-agora, diante do imprevisto e da criação de novos manejos técnicos. O que ocorreu foi que Ben não aceitou, por isso seguimos ajudando a segurar o seu corpo quando tentava machucar os terapeutas ou parecia se desmanchar (seu corpo enfraquecia-se, seus joelhos e braços não pareciam firmes, precisando ser segurado para não cair, transmitindo a sensação de desintegração). Os terapeutas acompanharam o paciente, afirmando o quanto percebiam a intensidade do que Ben sentia e que seguiriam com ele até que conseguisse se acalmar, além de negar quando este pedia que o mandassem embora ou o machucassem. Além da contenção física, visando evitar que Ben se machucasse ou machucasse os demais, o entendimento acerca do que havia desencadeado o descontrole emocional e físico foi fundamental para a reorganização do paciente. Considerando que a desorganização aconteceu quando Ben não queria realizar determinada tarefa da rotina e somente o que desejava, entendemos que se tratava da expressão da onipotência que este demonstrava em termos de funcionamento. Validamos a frustração do paciente, dizendo que estávamos vendo o quanto ele estava irritado e que, por vezes, de fato ficamos bravos quando as coisas não saem da forma como queremos ou esperamos. Essa dinâmica seguiu por quase vinte minutos, até que Ben aceitou minha sugestão de respiração diafragmática e sugeriu alongamentos e polichinelos. Realizamos junto com ele os movimentos, participando de maneira coletiva desse momento, que compreendemos como uma tentativa de reparação. Isso seguiu se repetindo, pois Ben posteriormente passou a sinalizar quando precisava de ajuda, pedindo para meditar ou se alongar quando percebia seu corpo agitado. Esse sinal foi extremamente importante e marcou um avanço, que precisa ser um *continuum*, um trabalho que deverá ter seguimento aos poucos; afinal, a criança somente conseguirá descobrir que é capaz de consertar o que destruiu após repetidas experiências de reparação (Signorelli, 2020).

Por outro lado, no quesito de reparação, também existe outro ponto a ser discutido. Embora não tenha sido pontuado nos relatos, Ben demonstrava toda sua agressividade por meio do brincar, sempre utilizando a temática de destruição com chutes, bombas, armas, entre outros. Enquanto terapeutas, percebe-

mos, mediante supervisão, nossa tendência e necessidade de reparar a agressividade de Ben a todo custo, o que gerava frustrações e desconfortos. Essas sensações chamamos de identificação projetiva, já que o paciente estaria nos fazendo experienciar toda a angústia que ele próprio sente dentro de si. Ao ressaltar sua concepção a respeito da interface interpessoal da identificação projetiva, Ogden (1994) reforça a ideia de negar um aspecto seu ou expulsá-lo, o que pode se manifestar nesse movimento de depositar no outro e vivenciar por meio dele aquilo que o próprio paciente não consegue vivenciar.

Essa destruição que precisa ser experienciada possui como objetivo ser diferente da que foi vivenciada no início da vida. Quando é suportada e acolhida, leva a um potencial criador e viabiliza o contato com um objeto real, com vida própria, fora do controle onipotente da criança, que não é fundamentado em projeções (Winnicott, 1975). Segundo este mesmo autor, é por meio da destruição que o indivíduo também adquire a capacidade de amar e construir (Dias, 2000), pois o amor que sobrevive leva a possibilidade de uma realidade compartilhada. Levando em consideração a importância desse momento e pensando no desenvolvimento sequencial, a respeito de Ben percebemos que ele necessitava antes ser capaz de destruir, para depois reparar. A brincadeira, nesse sentido, contribui para a construção de significados, como uma forma de viabilizar seu processo criativo e ajudá-lo na expressão de sua agressividade sob o viés simbólico, como quando fazia os personagens da sua história serem destruídos ou mortos.

Tendo em vista a construção realizada até aqui, torna-se perceptível que o trabalho com pacientes que possuem esse nível de constituição psíquica é desafiador. Diria também que, no que se refere à contratransferência, não raro pode surgir a sensação de transbordamento, ou seja, de intensos sentimentos. Por isso, assim como descrito nos parágrafos anteriores, é essencial estar atento e valorizar tudo aquilo que é despertado no terapeuta, pois a contratransferência consiste em um instrumento de trabalho e um ótimo balizador para compreendermos a dinâmica do paciente e decidirmos de que forma iremos guiar nossas intervenções. Logo, considerando a capacidade necessária de *rêverie* do terapeuta, para que possa conter suas próprias angústias, é preciso antes entrar em contato com elas e conhecê-las, o que possibilita maior conexão com os estados afetivos e os materiais clínicos que advêm dos pacientes (Ferreira et al., 2014).

## **Considerações finais**

Por fim, considerando os perfis de pacientes denominados como estados-limite, primitivos e com importantes déficits e faltas ambientais precoces durante o processo da sua estruturação psíquica, conclui-se que é primordial a capacidade do terapeuta de ser continente, nomear e possibilitar a elaboração de conteúdos intensos e maciços, sobrevivendo aos excessos, sustentando e

tolerando os momentos de maior desorganização, o que exige atenção referente às suas reações contratransferenciais. Para isso, foram utilizados dois conceitos psicanalíticos que dizem respeito à função analítica e ao papel do terapeuta, *holding* e *rêverie*, propostos por Winnicott e Bion, respectivamente. Embora esses autores tenham premissas teóricas diferentes, o presente artigo procurou estabelecer aproximação entre eles, propondo uma discussão acerca do quanto são conceitos fundamentais no trabalho com pacientes regressivos e como se aplicam na prática, por meio de relatos clínicos. Além disso, buscou viabilizar reflexões acerca dos desafios, possíveis manejos e maleabilidade do *setting* e da técnica para sustentar as intensidades decorrentes dos quadros infantis severos, com intensos estados de sofrimento e falhas na estruturação egóica. Cabe ainda ressaltar a importância da realização de trabalhos futuros a respeito do atendimento em ambientoterapia, a fim de ampliar os estudos nesse campo e explorar as experiências clínicas proporcionadas por esse espaço tão potente e transformador.

## Referências

- Bion, W. R. (1962). *O aprender com a experiência*. São Paulo: Imago, 1991.
- Dias, E. O. (2000). Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento. *Natureza Humana*, 2(1), 9-48.
- Ferreira, A. L., Berni, A. L. B., Feil, C. F., Souza, C. G., Orengo, L. G., Milagre, P. K., Brew, P. C., & Giarretta, V. (2014). Falhas no desenvolvimento emocional primitivo e os diferentes níveis de contenção em ambientoterapia. *Publ. CEAPIA*, 46-59.
- Junior, C. A. D. O. P. (2022). Destrutividade, sobrevivência, subjetivação: a agressividade como potência de destruição criativa em Winnicott. *Natureza Humana: Revista Internacional de Filosofia e Psicanálise*, 24(1), 17-39.
- Lam, C. (2010). Holding e rêverie: postura do coordenador de grupo de reflexão com educadoras em um abrigo. *Vínculo-Revista do NESME*, 7(1), 33-43.
- Lisondo, A. B. (2010). Rêverie revisitado. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 44(4), 67-84.
- Monteiro, M. C. (2003). *Um coração para dois: a relação mãe-bebê cardiopata*. Dissertação (Mestrado), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- O'Shaughnessy, E. (1990). A teoria do pensar de WR Bion e novas técnicas em análises de crianças. In E. M. de R. Barros (Org.), *Melanie Klein hoje: desenvolvimento da teoria e da técnica*. Volume 2: Artigos predominantemente técnicos (pp. 196-210). Rio de Janeiro: Imago.
- Ogden, T. (1994). Identificação projetiva e o terceiro subjugador. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 1(2), 153-162.
- Piccinini, M. L. G. (2023). Um caminho compartilhado: a importância do meio maleável nos processos de construção do eu e da intensidade psicoterapêutica. *Revista de Psicoterapia da Infância e da Adolescência*, ano 32, 32, 106-115.

- Sandler, A. M. (2001). Sobre interpretação e holding na análise de crianças. In R. Granã, & A. Piva (Org.). *A atualidade da psicanálise de crianças: perspectivas para um novo século* (pp. 65-73). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Signorelli, M. C. F. (2020). Má integração da agressividade e manejos terapêuticos na clínica infantil: uma perspectiva Winnicotiana. In A. P. Almeida, & A. N. Neto (Org.). *A pesquisa em psicanálise na universidade: um enfoque no método por meio de exemplos* (pp. 51-68). São Paulo: EDUC.
- Taschetto, A. R. & Nilles, M. A. (1996). Ambientoterapia: uma indicação terapêutica na infância e adolescência. *Revista de Psicoterapia da Infância e da Adolescência*, ano 9, 9, 126-134.
- Zimerman, D. E. (2008). A função de “continente” do analista e os “subcontinentes”. In *Bion: da teoria à prática – uma leitura didática* (pp. 264-269). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.